

## DEMANDE DE CORRECTION DU DOSSIER MÉDICAL

NIP:

Nom :

Prénom :

DDN :

**Date of request** (aaaa/mm/jj): \_\_\_\_\_

La Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS) permet à un patient de demander la correction de renseignements à son dossier. L'Hôpital corrigera votre dossier médical si vous pouvez démontrer d'une façon satisfaisante pour l'Hôpital que des renseignements à votre dossier médical **sont incomplets ou inexacts pour les fins auxquelles l'Hôpital utilise ces renseignements**. Vous devez aussi fournir les renseignements nécessaires pour faire la correction.

**Exception :** Conformément à l'alinéa 55(9)(b) de la LPRPS, un dépositaire de renseignements sur la santé n'est pas tenu de corriger un dossier si le renseignement en cause consiste en une opinion ou une observation professionnelle qu'un dépositaire a faite de bonne foi au sujet de la personne.

Veillez noter que les lois de l'Ontario ne permettent pas à un hôpital de supprimer un renseignement du dossier médical d'un patient, et ce, même si le renseignement est incomplet ou inexact. L'Hôpital doit plutôt indiquer que le renseignement est incomplet ou inexact et, conformément aux lois de l'Ontario, le laisser accessible dans le dossier.

Veillez remplir le présent formulaire et le remettre en personne au Service des archives médicales de l'hôpital où vous recevez des soins.

### Partie A : Renseignements sur le patient

Prénom (caractères d'imprimerie):	Initiale du 2 <sup>e</sup> prénom :	Nom (caractères d'imprimerie) :
Date de naissance (jj-mm-aaaa) :	Numéro d'assurance-santé :	Numéro d'identification du patient :
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone :	Courriel :	

### Renseignements sur le mandataire spécial (le cas échéant)

Prénom (caractères d'imprimerie) :	Nom (caractères d'imprimerie) :	
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone :	Courriel :	Lien avec le patient :

Je joins à la présente une copie de ma procuration de mandataire spécial.

## Méthode de communication préférée

Quelle est la meilleure façon de communiquer avec vous?

Téléphone

Pouvons-nous laisser un message vocal?  Oui  Non

Courriel

Je reconnais et comprends que les messages par courriel ne sont pas cryptés. C'est pourquoi l'Hôpital ne peut pas garantir la sécurité et la confidentialité des messages que j'envoie ou reçois.

Pouvons-nous envoyer une lettre à l'adresse fournie?  Oui  Non

Détails: \_\_\_\_\_

## Partie B – Renseignements sur la demande de correction

1. Votre dossier médical est-il incomplet?  Oui  Non

a. Titre du document affichant des renseignements incomplets (p. ex. sommaire de congé) :

\_\_\_\_\_

b. Date du document affichant des renseignements incomplets : \_\_\_\_\_

c. Nom de l'auteur ou du professionnel qui a signé ou rédigé le document (p. ex. médecin, infirmière, physiothérapeute) :

\_\_\_\_\_

d. Précisez ce qui est incomplet dans le document : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e. Précisez le renseignement à ajouter au dossier : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Votre dossier médical est-il inexact?  Oui  Non

a. Titre du document affichant des renseignements inexacts (p. ex. sommaire de congé) :

\_\_\_\_\_

b. Date du document affichant des renseignements inexacts : \_\_\_\_\_

c. Nom de l'auteur ou du professionnel qui a signé ou rédigé le document (p. ex. médecin, infirmière, physiothérapeute) :

\_\_\_\_\_

d. Précisez ce qui est inexact dans le document : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e. Précisez le renseignement à ajouter au dossier : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'Hôpital répondra à votre demande dès que possible dans les circonstances, mais au plus tard 30 jours après sa réception. L'Hôpital a le droit de prolonger ce délai de 30 jours supplémentaires si l'observation du délai de 30 jours aurait pour effet d'entraver abusivement ses activités ou s'il n'est pas raisonnablement possible de terminer les consultations nécessaires pour répondre à la demande dans ce délai. Dans un tel cas, l'Hôpital vous avisera par écrit du délai de la prolongation et des raisons connexes.

Nom du patient ou mandataire spécial (en lettres moulées) : Signature:

Date (jj/mm/aaaa):

### Partie C : Identification (usage réservé au Service des archives médicales)

Date de validation de l'identité (jj-mm-aaaa) :		Identité validée par :	
		<input type="checkbox"/> Clinicien <input type="checkbox"/> Archives médicales <input type="checkbox"/> Autre: _____	
Preuve d'identité fournie :			
<input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Autre – précisez: _____			
Validé par (nom et rôle en caractères d'imprimerie) :		Signature:	Date (jj/mm/aaaa):

### Partie D : Réponse à la demande de correction (usage réservé à l'interne)

**Demande de correction soumise à l'auteur le :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Auteur :**            **Accordé le :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Refusé\* le :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\*Si vous refusez une correction, l'Hôpital doit informer le demandeur par écrit du refus, des raisons du refus (veuillez les préciser ci-dessous), de son droit de faire une plainte au commissaire à l'information et à la protection de la vie privée au sujet du refus et de son droit de demander à l'Hôpital de joindre une mention de désaccord à son dossier qui précise la correction refusée.** Le demandeur peut exiger que l'Hôpital divulgue la mention de désaccord lorsqu'il divulgue le renseignement que vous refusez de corriger. Elle peut également exiger que l'Hôpital fasse tous les efforts raisonnables possibles pour divulguer la mention de désaccord à toute personne à qui il a divulgué le renseignement que vous refusez de corriger, sauf s'il n'y a pas raisonnablement lieu de s'attendre à ce que la correction (si elle avait été accordée) puisse avoir de répercussions sur la fourniture continue de soins de santé ou d'autres avantages de la personne.

**\*Auteur : Précisez la raison du refus** (nous la communiquerons au patient ou au mandataire) :

- Je n'ai pas consigné ce renseignement et je n'ai pas assez de connaissance, d'expertise et d'autorité pour le corriger
- Ce renseignement est une opinion ou une observation professionnelle que j'ai faite de bonne foi au sujet de la personne (p. ex. un diagnostic posé de bonne foi)..
- Autre : \_\_\_\_\_

### Partie E : Renseignements supplémentaires (usage réservé au Service des archives médicales)

- Inscrivez le nom, les coordonnées et les commentaires des personnes consultées, le cas échéant.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Si la correction n'a pas été faite, précisez la raison.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Si une prolongation du délai pour répondre à la demande a été nécessaire, précisez-la :
  - date de la prolongation : \_\_\_\_\_
  - raison de la prolongation : \_\_\_\_\_
  - date de notification du patient/mandataire de la prolongation : \_\_\_\_\_
- Si un avis de la correction a été fourni à des personnes ayant reçu un renseignement incomplet ou inexact, inscrivez leur nom.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Validé par (nom et rôle en lettres moulées) :		Signature :	Date (jj/mm/aaaa):