



## **Accès aux dossiers de renseignements personnels sur la santé à l'Hôpital communautaire de Cornwall**

### **Renseignements et instructions**

Vous aurez accès à votre dossier de renseignements personnels sur la santé, sous réserve d'exception prévue par la loi. L'Hôpital examinera toutes les demandes d'accès aux dossiers de renseignements personnels sur la santé et fera le nécessaire pour répondre à votre demande en temps opportun. Veuillez remplir les parties A et B du présent formulaire. La partie C est réservée à notre usage interne. Pour obtenir plus d'information sur nos pratiques de protection des renseignements personnels, composez le 938-4240, poste 4700.

### **PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR**

Coordonnées du patient :

Nom de famille	Prénom	Initiales
Adresse postale		
Numéro de téléphone	Date de naissance	N° de carte d'hôpital

Si vous êtes un mandataire spécial, indiquez vos coordonnées :

Nom de famille	Prénom	Initiales
Adresse postale		
Numéro de téléphone		

**Remarque : veuillez inclure une copie des documents qui attestent de votre pouvoir de mandataire spécial.**

### **PARTIE B : DEMANDE D'ACCÈS**

1. Veuillez décrire ce dont vous avez besoin et nous fournir des détails qui nous aideront à localiser le dossier (p. ex., dates, nom du fournisseur de soins de santé, etc.).

---

---

2. De quelle manière souhaitez-vous avoir accès à vos renseignements? Veuillez cocher la case pertinente :

- Réception de copies papier des documents originaux
- Examen des documents originaux à l'établissement

---

Signature

Nom (en lettres moulées)

Date

*Ce formulaire est aussi disponible en anglais sous le titre :  
« Cornwall Community Hospital Access to Personal Health Record ».*



## **Accès aux dossiers de renseignements personnels sur la santé à l'Hôpital communautaire de Cornwall**

### **PARTIE C : RÉPONSE À LA DEMANDE D'ACCÈS (pour usage interne seulement)**

#### **1. Renseignements concernant la réception et l'examen initial de la demande**

Date de réception de la demande

#### **2. Renseignements concernant la réponse**

Date de la réponse

- Demande d'accès accordée
- Demande d'accès refusée
- Demande d'accès accordée en partie

Si un accès complet aux dossiers n'a pas été accordé, raison pour laquelle la demande d'accès a été refusée, en tout ou en partie.

#### **3. Renseignements concernant la prolongation**

Si une prolongation de la réponse à la demande d'accès est requise, veuillez indiquer :

Date de la prolongation	Raison de la prolongation	Date à laquelle le patient a été avisé

#### **4. Traité par :**

---

Signature

Nom (en lettres moulées)

Titre