



**DEMANDE OU CONSENTEMENT POUR ACCÈS OU
DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS
MÉDICAUX PERSONNELS**

Nom du patient :

Date de naissance :

N° du dossier médical :

POUR ACCÉDER DIVULGUER DE CHEO OCTC
À ou DE : (NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU DE TÉLÉCOPIEUR DU REQUÉRANT)

RENSEIGNEMENTS

COMMENTAIRES ET DATES

- Sommaire d'hospitalisation _____
- Rapports de chirurgie et de pathologie _____
- Anesthésie et salle de réveil _____
- Imagerie médicale (rayons-X, TDM, IRM, ultrasons) _____
- Rapports de laboratoire _____
- Notes de consultation et d'évolution _____
- Rapports du Service d'urgence _____
- Confirmation de dates _____
- Résumé du dossier* _____
- Copie du dossier entier _____
- Rapport développement Pédiatrique _____
- Rapport Psychologique _____
- Autre _____

* Peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, le sommaire d'hospitalisation, les rapports de chirurgie et de pathologie, le rapport de consultation, l'imagerie médicale et les rapports de laboratoire.

CONSENTEMENT POUR DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DU PATIENT

Le consentement du patient est obligatoire pour divulguer des renseignements personnels sur sa santé à un tiers (p. ex. avocat ou compagnie d'assurance) ou si la demande concerne des renseignements provenant d'un organisme de soins de santé situé hors de la province de l'Ontario.

J'autorise le CENTRE HOSPITALIER POUR ENFANTS DE L'EST DE L'ONTARIO à consulter ou à divulguer les renseignements indiqués ci-dessus.

Nom du patient ou de son décisionnaire substitut

Signature

Date

Relation avec le patient

Cette autorisation demeurera valide pendant les 90 jours suivant la date de la signature. Veuillez joindre la copie des documents vous accordant le mandat de décisionnaire substitut.

À L'USAGE DU SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES : Rempli par : _____ Frais : _____ Date : _____



LISTE DES TARIFS D'ACCÈS ET DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Demande	Frais
Professionnels de la santé	AUCUNS FRAIS
Compagnies d'assurance	30,00 \$ pour les 20 premières pages, puis 0,25 \$ par page
Avocats	30,00 \$ pour les 20 premières pages, puis 0,25 \$ par page
CSPAAT (Ontario)	Taux fixe de 48,15 \$
CSPAAT (autres provinces)	Taux fixe de 130,00 \$
Indemnisation des victimes d'actes criminels	Taux fixe de 140,00 \$
Confirmation de dates de traitement ou du calendrier des visites	Taux fixe de 10,00 \$
Preuve de décès	Taux fixe de 25,00 \$
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.	0,25 \$ par copie.
Patient ou son décisionnaire substitut.	30,00 \$ pour les 20 premières pages, puis 0,25 \$ par page.
Frais supplémentaires pour demande urgente (délai d'un à 5 jours) présentée à d'autres fins que des soins médicaux pour le patient ou son décisionnaire substitut.	100,00 \$ en plus du tarif régulier.
Frais supplémentaires pour demande urgente (dans un délai d'un à 5 jours) présentée à d'autres fins que des soins médicaux pour un cabinet d'avocats, une compagnie d'assurance ou un cabinet d'experts-conseils.	300,00 \$ en plus du tarif régulier.
Supervision d'une personne examinant le dossier original.	50,00 \$ pour les 60 premières minutes, puis 6,75 \$ pour chaque quart d'heure qui suit.
Extraction des renseignements hors de l'Hôpital.	25,00 \$ en frais supplémentaires pour une demande non urgente.
Impression d'une photo à partir du négatif ou d'une photo électronique.	10,00 \$ en plus du tarif régulier.
Production d'une clé USP encodée contenant un dossier médical électronique.	10,00 \$ en plus du tarif régulier.

**Veillez libeller vos chèques ou vos mandats postaux au
Centre hospitalier de l'est de l'Ontario et les envoyer à l'attention du
Service de divulgation des renseignements des dossiers de santé**