



## **Formulaire de demande d'accès, de correction ou de plainte de renseignements personnels**

Service Coordination Soutien (SCS) est considéré un « dépositaire de l'information sur la santé » en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Les personnes ont le droit d'accéder aux renseignements personnels contenus dans leurs dossiers et de faire corriger ou modifier ces renseignements. Veuillez noter que SCS doit corriger un dossier incomplet ou inexact, mais n'est pas responsable de modifier des opinions professionnelles ou de corriger les dossiers qui n'ont pas été créés par SCS. Les personnes ont également le droit de changer ou de retirer leur consentement.

SCS autorise dans des conditions raisonnables le droit à l'accès et la révision des renseignements personnels rassemblés sur une personne, qu'il s'agisse du personnel ou des clients, et s'efforcera de fournir les renseignements en question dans un délai raisonnable, généralement au plus tard 30 jours après la demande. Lorsque les renseignements ne seront ou ne pourront pas être divulgués dans les 30 jours, ou ne seront pas divulgués du tout, la personne qui présente la demande recevra les raisons de la non-divulgaration.

SCS ne peut pas exiger des frais aux personnes qui demandent de vérifier ou corriger leurs renseignements; toutefois, il peut y avoir des frais minimaux si les personnes demandent des copies des dossiers. SCS doit fournir une estimation de tous frais prévus de 25 \$ ou plus. Pour accommoder les personnes, SCS est disposée à renoncer aux premiers 100 \$ de frais. Une liste plus détaillée des frais peut être trouvée dans notre [politique et procédure de Vie privée et confidentialité](#).

Veuillez envoyer toute demande ou plainte à l'attention du responsable de la protection de la vie privée de SCS à l'adresse courriel [privacyofficer@scsonline.ca](mailto:privacyofficer@scsonline.ca) ou en composant le 613-748-1788, poste 245. Les personnes ont le droit de déposer une plainte auprès du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée si leur demande de correction à SCS est refusée.

J'accepte les modalités et les conditions.

### **SECTION 1**

#### **1.1 En vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé, je désire :**

- avoir accès à mes renseignements médicaux personnels (compléter section 2.1)  
 apporter une correction à mes renseignements médicaux personnels (compléter la section 2.2)  
 formuler une plainte à propos du dépositaire de l'information sur la santé (compléter la section 2.3)

Date de la demande : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

#### **1.2 Coordonnées (renseignements sur la personne à laquelle s'applique la demande d'accès)**

Nom de famille :

Date de naissance

Veuillez indiquer votre moyen privilégié pour communiquer

Adresse

Numéro de téléphone (jour)

Numéro de téléphone (soir)

Adresse courriel\*

\* Je consens à ce que l'on communique avec moi à cette adresse courriel.

#### **1.3 Coordonnées du mandataire spécial\***

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance

Adresse :

Numéro de téléphone (jour) :

Numéro de téléphone (soir) :

Adresse courriel



\* Veuillez fournir les documents montrant au dépositaire de l'information sur la santé que vous êtes un mandataire spécial autorisé ou une source de consentement, s'il y a lieu.

## SECTION 2

**2.1  Détails concernant les renseignements demandés** – Veuillez fournir une description détaillée sur les renseignements médicaux personnels que vous demandez de consulter et les détails qui nous permettront de trouver ces renseignements.

### 2.2 Détails concernant les renseignements à rectifier

Veuillez fournir une description détaillée sur les renseignements personnels auxquels vous avez accès et que vous désirez rectifier. Veuillez indiquer les raisons pour lesquelles les renseignements personnels sont incomplets ou inexacts et les détails nécessaires pour apporter les rectifications :

**2.3  Détails concernant la plainte relative à l'accès ou à la rectification** – S'il s'agit d'une plainte concernant votre accès à vos renseignements personnels ou à une rectification, veuillez cocher les cases qui expliquent les motifs de votre plainte :

**Présomption du refus** – *Il y a plus de 30 jours que j'ai présenté ma demande et je n'ai pas reçu de réponse.*

**Accès accéléré** – *Le dépositaire de l'information sur la santé a refusé de traiter d'urgence ma demande d'accès en moins de 30 jours.*

**Prorogation de délai** – *Le dépositaire de l'information sur la santé a décidé de prolonger le délai pour répondre à ma demande et je ne suis pas d'accord.*

**Caractère raisonnable des recherches** – *Le dépositaire de l'information sur la santé a indiqué qu'une partie ou la totalité des documents auxquels j'ai demandé l'accès n'existent pas, mais je crois que plus de documents existent.*

**Refus de confirmer ou de nier** – *Le dépositaire de l'information sur la santé a refusé de confirmer ou de nier l'existence des documents auxquels j'ai demandé l'accès.*

**Documents non divulgués** – *Le dépositaire de l'information sur la santé m'a accordé l'accès aux documents demandés, mais je ne les ai pas reçus.*

**Exemptions** – *Le dépositaire de l'information sur la santé a indiqué qu'une partie ou la totalité des documents auxquels j'ai demandé l'accès font l'objet d'une exception, mais je crois que plus de documents devraient être divulgués.*



- Décision provisoire** – *En raison du nombre de documents en cause, le dépositaire de l'information sur la santé a examiné un échantillon des documents ou consulté un employé expérimenté, m'a informé des exceptions qui pourraient s'appliquer et m'a présenté une estimation des droits à acquitter. Je ne suis pas d'accord quant au montant indiqué dans l'estimation.*
- Droits à acquitter/estimation des droits** – *Le dépositaire de l'information sur la santé m'a envoyé une décision concernant l'accès qui comprenait des droits à acquitter ou une estimation des droits que je juge excessifs.*
- Suppressions des droits** – *Le dépositaire de l'information sur la santé a refusé de supprimer les droits tels que je l'avais demandé.*
- Documents exclus** – *Le dépositaire de l'information sur la santé a indiqué que les documents auxquels j'ai demandé l'accès sont exclus de l'application de la Loi et je ne suis pas d'accord.*
- Demande frivole ou vexatoire** – *Le dépositaire de l'information sur la santé a indiqué que ma demande est frivole ou vexatoire et je ne suis pas d'accord.*
- Rectification** – *Le dépositaire de l'information sur la santé a refusé de rectifier les renseignements personnels me concernant.*
- Autre** – Veuillez expliquer :

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour/ mois/année)

**Réservé à SCS**

Date de réception :

Date prévue de l'accès/examen des renseignements personnels:

Commentaires :