



## Demande de communication de renseignements personnels sur la santé de caractère courant

**Nom du dépositaire de renseignements sur la santé à qui la demande est faite :**

Manoir des pionniers  Services médicaux d'urgence

### Vos renseignements

M.  Mme  Mlle

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le mandataire spécial\*

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ En soirée : \_\_\_\_\_

\* Veuillez fournir la documentation nécessaire afin de satisfaire le dépositaire des renseignements sur la santé que vous êtes un mandataire spécial autorisé, si elle est disponible.

Veuillez fournir une description détaillée des renseignements personnels sur la santé que vous demandez et des détails qui aideront à trouver ces renseignements (p. ex. des dates, le nom d'un fournisseur de soins de santé).

**Méthode préférée d'accès aux documents :**  Examiner l'original  Recevoir une copie

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Réservé au dépositaire de renseignements sur la santé

Date de réception \_\_\_\_\_ Numéro de demande \_\_\_\_\_ Renseignements supplémentaires joints  
Oui Non

Signature du membre du personnel \_\_\_\_\_ Signature du demandeur \_\_\_\_\_

Date de communication de la documentation \_\_\_\_\_

Remise en mains propres

Postage

Les renseignements personnels que contient le présent formulaire sont recueillis en vertu de la **Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé** (« la Loi ») et serviront à répondre à votre demande d'accès.

