



**SAULT AREA
HOSPITAL**
HÔPITAL DE
SAULT-SAINTE-MARIE

**FORM TO REQUEST ACCESS TO
PERSONAL HEALTH RECORD**

UNIQUE PATIENT IDENTIFICATION NUMBER

PATIENT'S SURNAME

GIVEN NAME

ADDRESS

D.O.B.

SEX

HOME PHONE

HEALTH CARD NUMBER

PART B: ACCESS REQUEST

1. Please describe what you need and include details that will help us locate the record (e.g. dates, name of health care provider, etc.) (Unless specified, ALL personal health information collected while a patient at SAH will be disclosed. This includes inpatient and outpatient records.)

2. How would you prefer to access this information? Please check off:

- Receive hard copies of originals (Please note that there is a charge of \$160.00 for the first 10 pages and \$1.00 per page thereafter.)
- Examine originals in the facility (Viewing charge of \$30.00)
- Receive hard copies of ER and/or Clinic visit(s) (\$30.00/per visit)
- Receive letter (i.e. for confirmation of birth, admission/discharge dates) (\$30.00 per letter)

* If the information is required within 48 hours (RUSH), a surcharge of \$100.00 is added to routine fees. In certain circumstances we may not be able to fulfill rush requests within the prescribed time frame.

* This authorization will be valid for a three month period as of the date of signature unless specified otherwise.

Signature

Name (Please Print)

Date



**SAULT AREA
HOSPITAL**
HÔPITAL DE
SAULT-SAINTE-MARIE

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS
À UN DOSSIER MÉDICAL**

UNIQUE PATIENT IDENTIFICATION NUMBER

PATIENT'S SURNAME

GIVEN NAME

ADDRESS

D.O.B.

SEX

HOME PHONE

HEALTH CARD NUMBER

RENSEIGNEMENTS ET DIRECTIVES

Nous vous donnerons accès à votre dossier médical, à moins qu'une exception légale ne s'applique. Nous examinerons toutes les demandes d'accès à un dossier médical et nous nous efforcerons de répondre à votre demande dans les plus brefs délais. Veuillez remplir les sections A et B du présent formulaire. Pour obtenir plus de renseignements sur nos pratiques en matière de protection de la vie privée, communiquez avec l'agent de protection de la vie privée de l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie :

969, rue Queen Est
Sault-Sainte-Maire (Ontario) P6A 2C4
Téléphone : 705 759-3434, poste 5336
Télécopieur : 705 759-3703

SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Coordonnées du patient

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____
Adresse postale _____
Téléphone _____ Date de naissance _____ N° d'identité de l'hôpital _____

Si vous êtes le mandataire spécial, vos coordonnées

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____
Adresse postale _____
Téléphone _____

N.B. : Veuillez inclure des copies des documents qui vous donnent les pouvoirs de mandataire spécial.

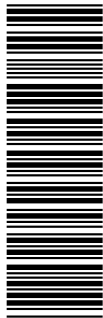
Date : _____ Signature : _____ Patient

OU : _____

Mandataire spécial
Signature et nom en lettres moulées

Lien de parenté avec le patient : _____

Témoin : _____





**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS
À UN DOSSIER MÉDICAL**

UNIQUE PATIENT IDENTIFICATION NUMBER

PATIENT'S SURNAME

GIVEN NAME

ADDRESS

D.O.B.

SEX

HOME PHONE

HEALTH CARD NUMBER

SECTION B : DEMANDE D'ACCÈS

1. Veuillez décrire les renseignements auxquels vous voulez avoir accès, y compris les détails qui nous permettront de repérer le dossier, par exemple les dates, le nom du fournisseur de soins, etc. (Sauf indication contraire, TOUS les renseignements personnels sur la santé à votre sujet qui ont été recueillis à l'HSSM, soit les dossiers de vos hospitalisations et de vos visites en consultation externe, seront divulgués.)

2. Veuillez indiquer comment vous désirez accéder à ces renseignements :

- Je désire recevoir une copie papier des documents originaux. (Veuillez noter que vous devrez payer 160 \$ pour les 10 premières pages et 1 \$ par page additionnelle.)
- Je désire examiner les documents originaux dans l'établissement. (Vous devrez payer des frais de 30 \$.)
- Je désire recevoir une copie papier des documents relatifs à mes visites au Service des urgences/aux cliniques. (Vous devrez payer des frais 30 \$ la visite.)
- Je désire recevoir une lettre (p. ex. pour confirmer une naissance ou des dates d'admission et de mise en congé). (Vous devrez payer des frais 30 \$ la lettre.)

*Si les renseignements sont requis dans moins de 48 heures (DEMANDE URGENTE), vous devrez payer un supplément de 100 \$ en plus des frais habituels. Dans certaines circonstances, il se peut que nous ne soyons pas en mesure de donner suite à une demande urgente dans les délais stipulés.

* À moins d'indication contraire, cette autorisation est valide pour une période de trois mois à compter de la date de la signature.

Signature

Nom (en lettres moulées)

Date