

**DEMANDE D'INFORMATION PERSONNELLE /
PERSONAL HEALTH INFORMATION REQUEST FORM**

PARTIE 1 / PART 1 – À être complété par le demandeur – To be Completed by Requester

Détails de la demande :

Details of Request:

- Accès à l'information personnelle du demandeur / Access to Personal Health Information
(Voir les directives à l'endos / Refer to procedures on reverse side)
- Changement de l'information personnelle du demandeur (voir la section ci-bas) / Correction of Personal Health Information (see section below)

Nom du patient :
Patient Name:

Date de l'appel :
Call Date:

Lieu d'appel :
Call Location:

Veillez fournir tout nom de famille précédent si le nom figurant dans les registres d'information personnels de santé ne sont pas les mêmes que ci-dessous / Please provide any previous last names if the last name appearing on the personal health information records is not the same as below

Information du demandeur / Requester Information

Nom / Last Name

Prénom / First Name

Adresse / Address

Ville ou village / City or Town

Province

Code postal / Postal Code

Téléphone / Telephone

Changements / Corrections

S.v.p., fournir une description détaillée des changements à apporter à votre information et joindre toutes pièces justificatives, s'il y a lieu.
Please provide a detailed description of the requested corrections to your personal health information and attach any supporting documentation if needed.

Signature du demandeur /
Signature of Requester

Date :
Jour / Day Mois / Month Année / Year

Envoyer toute demande à / Submit Formal Requests to:

Louis Rathier
Services d'urgence / Emergency Services
584 chemin comté 9 / 584 County Road 9
C.P. 150 / P.O. Box 150
Plantagenet ON K0B 1L0

PARTIE II / PART II – À l'usage du bureau seulement – For Office Use Only

Date de réception de la demande /
Date Request Received:

Jour / Day Mois / Month Année / Year

Demande reçue par (svp imprimer en caractère): / Request received by
(Please print name):

Signature :

Les renseignements personnels contenus sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé et seront utilisés pour répondre à votre demande. Toutes questions sur cette collecte d'information doivent être adressées au chef adjoint aux opérations, Service paramédic, 584 chemin comté 9, C.P. 150, Plantagenet ON K0B 1L0, téléphone : (613) 673-5139, poste 224. / Personal information contained on this form is collected under section 53 of the Personal Health Information Protection Act 2004, and will be used to respond to your request. Questions about this collection should be directed to the Deputy Chief of Operations, Paramedic Service, 584 County Road 9, P.O. Box 150, Plantagenet ON K0B 1L0, telephone (613) 673-5139, extension 224.

***** Processus de demande d'accès à l'information personnelle sur la santé /
Request of Personal Health Information Procedure:**

Procédure # 1 / Procedure #1

• **Accès au dossier d'ambulance / Access to Ambulance Report:**

Afin de vous procurer une copie de votre dossier, vous devez / To obtain a copy of your file, you must:

- 1) *Compléter la demande d'information personnelle et nous la faire parvenir à nos bureaux. / Complete the Request of Personal Health Information form and return the copy to our offices;*
- 2) *Sur réception de votre demande, les recherches seront effectuées et le service vous communiquera afin de prendre rendez-vous. / Once your request has been received, the research will be made and the service will contact you to arrange an appointment;*
- 3) *Vous devez vous présenter en personne à nos bureaux afin d'obtenir votre copie. Si ceci n'est pas possible, vous pouvez faire une demande par procuration. (voir la procédure #2). Vous devrez à la rencontre, produire 2 pièces d'identité avec au minimum une carte-photo. / You must report to our offices to obtain your copy. If this is not possible, you can apply by proxy (see procedure #2). Upon your arrival, you will need to show 2 pieces of identification including at least one with a picture;*
- 4) *Des frais de 25, 00 \$ sont exigés et payables à la rencontre. / A fee of \$25.00 is required and payable upon your arrival.*

Procédure # 2 / Procedure #2

• **Demande par procuration / Request through Proxy:**

- 1) *Votre avocat ou votre assureur peut faire une demande d'information en votre nom en nous faisant parvenir notre formulaire dûment complété par vous. Pour obtenir le formulaire, s.v.p., communiquer avec nous au 613.673.5139, poste 224 ou 226. / Your legal counsel or your insurer can request a copy of your personal health information on your behalf by sending us our form duly completed by you. / To obtain the form, please contact us at 613.673.5139, at extension 224 or 226;*
- 2) *Un montant de 25, 00 \$ est imputable à la recherche en plus des frais de poste recommandée s'il y a lieu et un chèque libellé au nom des "Comtés unis de Prescott et Russell" doit accompagner la demande. / A fee of \$25.00 is required plus fees for registered mail, and a cheque payable to the "United Counties of Prescott and Russell" must accompany the application;*
- 3) *Sur réception de cette demande, le service d'urgence fera la recherche afin de faire parvenir à votre avocat ou votre assureur, votre information. / Upon receipt of this request, the emergency service will proceed with the research in order to send your information to your legal counsel or your insurer.*