



**DEMANDE DE  
RECTIFICATION D'UN DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA  
SANTÉ**

Renseignements et directives

Nous rectifierons un dossier de renseignements sur la santé s'il est démontré, à notre satisfaction, qu'il est inexact ou incomplet aux fins pour lesquelles nous recueillons, utilisons ou divulguons ces renseignements. Nous ferons tout notre possible pour donner suite à votre demande dans un délai raisonnable. Veuillez remplir ce formulaire et le faire parvenir à l'adresse suivante.

Gestionnaire des Services de gestion de  
l'information sur la santé Health Sciences North |  
Horizon Santé-Nord  
Centre de santé du lac Ramsey  
41, chemin du lac Ramsey Lake Road, SUDBURY  
(Ontario) P3E 5J1 Télécopieur : 705 523-7318

**PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR**

**Coordonnées du patient/de la patiente :**

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

Adresse postale  
\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Numéro d'identification à l'hôpital  
\_\_\_\_\_

Si vous êtes mandataire spécial, inscrivez vos coordonnées :

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

Adresse postale  
\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

**Remarque : Inclure des copies des documents prouvant que vous êtes**

**mandataire spécial. PARTIE B : DEMANDE DE RECTIFICATION**

Indiquer ou joindre les rectifications demandées ainsi que les raisons pour ce faire.

| Rectification demandée | Raisons |
|------------------------|---------|
|                        |         |



De quelle façon voulez-vous qu'on vous avise de la rectification? Par écrit Par  
téléphone Dans la mesure où il est raisonnablement possible de le faire, voulez-vous qu'on  
avise de la rectification les  
gens et organismes à qui nous avons divulgué des renseignements inexacts? (Nous le ferons  
seulement si cet avis a un effet sur vos soins ou vous est avantageux. Oui Non

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_ NOM (en lettres moulées) :  
\_\_\_\_\_

*Formulaire n° DC 750459*

7 décembre 2011

**FORMULAIRE GÉNÉRIQUE – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT –  
DEMANDE DE RECTIFICATION D'UN DOSSIER DE  
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ – FRANÇAIS**