

À remplir par l’intimé

Une requête a été faite aux termes de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin* dans laquelle vous êtes nommé en tant qu’intimé. Dans la requête, le requérant allègue qu’il est entré en contact avec une substance corporelle émanant de vous et souhaite que l’analyse d’un échantillon de votre sang soit effectuée à l’égard des maladies transmissibles énumérées. Les détails de l’incident décrits dans les rapports du médecin et du requérant peuvent être obtenus auprès de votre médecin hygiéniste local.

Vous avez le droit d’être présent à une audience, s’il y en a une, que vous soumettiez ou non le présent formulaire à la Commission du consentement et de la capacité (la « Commission »). Si vous ne remplissez pas le présent formulaire et ne le soumettez pas à la Commission, la requête peut être examinée sans tenir compte des renseignements demandés dans le présent formulaire. Le présent formulaire ne remplace pas votre présence à l’audience.

Si vous n’acceptez pas de fournir volontairement un échantillon de sang ou d’autres preuves, la Commission pourrait, après une audience, rendre une ordonnance vous obligeant à fournir un échantillon de sang à des fins d’analyse.

Sous réserve d’une éventuelle prolongation, la Commission convoque et tient une audience et rend sa décision dans les cinq jours ouvrables suivant la réception du renvoi de la requête. À la suite d’une audience, la Commission peut vous ordonner de fournir un échantillon de sang pour analyse. Le défaut de vous conformer à une ordonnance de la Commission, dans les deux jours ouvrables suivant la communication de l’ordonnance à vous ou à votre avocat ou mandataire, peut entraîner la poursuite de l’exécution de l’ordonnance par le requérant devant les tribunaux et peut entraîner les pénalités prévues par la loi.

La collecte, l’utilisation et la divulgation des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels figurant dans le présent formulaire sont destinées à l’examen d’une requête présentée aux termes de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin* pour faire analyser un échantillon de sang d’un intimé si le requérant est entré en contact avec une substance corporelle de l’intimé dans l’une des circonstances prescrites par la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*. La collecte et l’utilisation de ces renseignements se font aux termes de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*.

Dans un délai d’un jour à compter de sa réception, envoyez le présent formulaire dûment rempli à la Commission du consentement et de la capacité par courriel à l’adresse ccb@ontario.ca ou par télécopieur au 1-866-777-7273.

Si vous avez volontairement fourni un échantillon ou une autre preuve de votre séropositivité à la suite de cette requête aux termes de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*, ou si vous le faites en tout temps, veuillez en informer immédiatement votre médecin hygiéniste local.

Les champs portant l’astérisque (*) sont obligatoires.

A. Renseignements sur l’intimé

| | | | | | |
|--|--|----------|----------------------------------|---------------------------|-------|
| Nom de famille * | | Prénom * | | Initiale du second prénom | |
| Numéro de l’Assurance-santé de l’Ontario (10 chiffres) | | Version | Date de naissance (aaaa/mm/jj) * | | Âge * |

Adresse

| | | | | | | | |
|----------------|--|------------------|--|----------|--|--------------|--|
| Numéro d’unité | | Numéro municipal | | Rue | | Case postale | |
| Municipalité | | | | Province | | Code postal | |
| Téléphone | | Télécopieur | | Courriel | | | |

Vous trouvez-vous actuellement dans un établissement de santé, résidentiel ou correctionnel? *

Non Oui

Dans l'affirmative, indiquez le nom d'une personne-ressource et l'adresse ci-dessous.

Nom de l'établissement et nom de la personne-ressource

Nom de l'établissement

| | | | | |
|----------------|------------------|-------------|--|---------------------------|
| Nom de famille | | Prénom | | Initiale du second prénom |
| Téléphone | | Télécopieur | | Courriel |
| Numéro d'unité | Numéro municipal | Rue | | Case postale |
| Municipalité | | Province | | Code postal |

Les autres renseignements qui pourraient nous aider à communiquer avec vous.

Fournisseur de soins primaires (médecin de famille)

| | | | | |
|----------------|------------------|-----------------------------|--|---------------------------|
| Nom de famille | | Prénom | | Initiale du second prénom |
| Numéro d'unité | Numéro municipal | Rue | | Case postale |
| Municipalité | | Province | | Code postal |
| Téléphone | | Télécopieur (s'il y a lieu) | | Courriel (s'il y a lieu) |

Avez-vous fourni volontairement un échantillon de sang à des fins d'analyse au VIH/SIDA, à l'hépatite B et à l'hépatite C dans le cadre du processus de dépistage obligatoire par test sanguin? *

Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date, le nom et l'adresse du lieu où l'échantillon de sang a été prélevé.

| | | | |
|------------------------|------------------|----------|-------------------|
| Nom de l'établissement | | | Date (aaaa/mm/jj) |
| Numéro d'unité | Numéro municipal | Rue | Case postale |
| Municipalité | | Province | Code postal |

Si vous avez répondu « Non » à la question précédente, connaissez-vous votre statut actuel à l'égard du VIH/SIDA, de l'hépatite B et de l'hépatite C? *

Non Oui

Dans l'affirmative, êtes-vous prêt à fournir des renseignements concernant la question de savoir si vous êtes séropositif au VIH/SIDA, à l'hépatite B et à l'hépatite C? *

Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez fournir des renseignements. *

Voulez-vous que le rapport sur les résultats de l'analyse sanguine soit remis à votre médecin? *

Non Oui

B. Détails de l'incident

Le rapport du requérant expose en détail comment il pense être entré en contact avec des substances corporelles émanant de vous et pourquoi il vous demande de fournir un échantillon de votre sang pour analyse. Veuillez fournir les renseignements dont vous vous souvenez en ce qui concerne cet incident.

Date, heure et lieu où s'est produit l'incident au cours duquel le requérant a pu entrer en contact avec une substance corporelle émanant de vous.

| | | | | | |
|----------------|------------------------|-----|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Date | Moment de l'exposition | | : | <input type="checkbox"/> Avant midi | <input type="checkbox"/> Après midi |
| Numéro d'unité | Numéro municipal | Rue | | | Case postale |
| Municipalité | Province | | | | Code postal |

C. Risques liés aux analyses de sang

Expliquez toute circonstance qui pourrait mettre votre santé ou votre vie en danger si vous devez fournir un échantillon de sang.

D. Renseignements supplémentaires

Fournissez les autres renseignements que vous jugez pertinents à l'égard de la requête.

E. Renseignements susceptibles d'aider la Commission du consentement et de la capacité à prévoir ou à tenir une audience

Interprétation requise * Non Oui Langue _____

Mesure d'adaptation requise * Non Oui Préciser _____

Avocat qui vous représentera à l'audience

Remarque : Il n'est pas nécessaire d'être représenté par un avocat pour comparaître devant la Commission; un avocat peut toutefois le faire, si vous le souhaitez.

Nom complet de l'avocat de l'intimé

| | | |
|----------------------|----------|---------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Initiale du second prénom |
| Téléphone au travail | Courriel | |

Adresse

| | | | |
|----------------|------------------|----------|--------------|
| Numéro d'unité | Numéro municipal | Rue | Case postale |
| Municipalité | | Province | Code postal |

Fournir les autres renseignements susceptibles d'aider la Commission du consentement et de la capacité à prévoir une audience.

F. Renseignements exacts

Je confirme par les présentes qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts.

Nom de l'intimé

| | | |
|------------------|----------|---------------------------|
| Nom de famille * | Prénom * | Initiale du second prénom |
| Signature * | | Date (aaaa/mm/jj) * |

Réservé à l'usage du bureau

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Identifiant unique de dossier | Numéro unique de dossier |
|-------------------------------|--------------------------|