

Instructions

Remplissez ce formulaire si vous voulez que TOUTES vos demandes et TOUS vos résultats d'analyses de laboratoire (l'information sur les analyses de laboratoire) soient accessibles, par l'entremise du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO), au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (ministère) et à TOUS les fournisseurs de soins de santé participant à vos soins.

Le SILO est un système électronique sécurisé qui permet aux fournisseurs de soins de santé autorisés et aux laboratoires de partager l'information sur les demandes et les résultats d'analyses de laboratoire (l'information de laboratoire). Les fournisseurs de soins de santé autorisés utilisent le SILO pour accéder à l'information sur les analyses de laboratoire en temps réel aux fins des soins de santé.

Après avoir retiré mon consentement à l'accès à l'information sur mes analyses de laboratoire contenue dans le SILO, je souhaite à présent rétablir mon consentement au partage de TOUTE l'information sur mes analyses de laboratoire contenue dans le SILO, avec le ministère et avec TOUS les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario participant à mes soins. Il est entendu que je peux aussi rétablir provisoirement mon consentement au partage de TOUTE l'information sur mes analyses de laboratoire contenue dans le SILO avec un fournisseur de soins de santé PARTICULIER en donnant les directives utiles au moment de recevoir des soins. Mes directives permettront au fournisseur de soins de santé d'accéder à TOUTE l'information sur mes analyses de laboratoire par l'entremise du SILO pendant une période déterminée.

Veillez noter que vous ne pouvez pas rétablir votre consentement en vue du partage de l'information concernant des analyses particulières.

Si, ultérieurement, je décide que je ne veux pas que TOUTE l'information sur mes analyses de laboratoire contenue dans le SILO soit accessible au ministère et à TOUS les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario participant à mes soins, il est entendu que je conserve le droit de retirer mon consentement, soit en remplissant un formulaire de Retrait du consentement et en le soumettant à tout laboratoire participant, soit en communiquant avec ServiceOntario au 1 800 291-1405 (ATS : 1 800 387-5559).

Renseignements sur le patient

Nom de famille		Prénom		Initiale
Numéro d'Assurance-santé (y compris le code de version)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Adresse postale du patient				
Numéro d'unité	Numéro de la rue	Nom de la rue		Case postale
Ville		Province		Code postale

Identifiant de rechange (remplir cette section seulement si vous n'avez pas un numéro de carte Santé)

Numéro d'Assurance-santé d'une autre province		Province
Numéro de dossier médical	Nom de l'établissement qui a émis le numéro de dossier médical (p. ex. un hôpital)	

Adresse postale de l'établissement

Numéro d'unité	Numéro de la rue	Nom de la rue		Case postale
Ville		Province		Code postale

Signatures

Signature du patient ou de son mandataire spécial		Date (aaaa/mm/jj)
---	--	-------------------

Si un mandataire spécial a signé, cette personne doit inscrire son nom ci-dessous.

Nom de famille		Prénom
----------------	--	--------

Identification du mandataire spécial (cocher une seule case)

Parent
 Tuteur
 Représentant nommé par la Commission du consentement et de la capacité
 Frère ou soeur (préciser) : _____

Conjoint/partenaire
 Enfant
 Procureur au soin de la personne
 Autre membre de la parenté (préciser) : _____

Le présent formulaire peut être joint à une demande d'analyse en laboratoire et être présenté à un centre de prélèvement d'un laboratoire communautaire au moment où les services de laboratoire sont rendus. Les renseignements sur le présent formulaire seront utilisés par les laboratoires participants, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et Cybersanté Ontario afin de traiter votre demande pour restreindre l'accès à vos tests de laboratoire par l'entremise du SILO. En remplissant ce formulaire, vous consentez à la cueillette et à l'utilisation des renseignements qu'il contient ainsi qu'à celles de vos renseignements personnels sur la santé contenus dans le SILO aux fins du traitement de votre demande. Le ministère ou un de ses agents peut communiquer avec vous pour vérifier les consentements apparaissant dans le présent formulaire ou pour demander des renseignements supplémentaires pouvant être nécessaires pour traiter votre demande.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec ServiceOntario au 1 800 291-1405 ou 416 327-0956 (sans frais) ou au 1 800 387-5559 (ATS), ou rendez-vous sur le site Web du ministère (<http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2010/20101119.aspx>).