

## Guide à l'intention des membres de la famille généalogique Demande de recherche en raison de graves problèmes de santé aux termes

**Remarque importante** : Veuillez lire ce guide attentivement avant de remplir le formulaire de demande. Les formulaires incomplets ou incorrectement remplis sont renvoyés à leur expéditeur, ce qui retarde le traitement de la demande.

### Renseignements généraux

Une recherche demandée en raison de graves problèmes de santé par un membre de la famille généalogique d'une personne adoptée a pour but de retrouver et de joindre la personne adoptée ou ses descendants afin d'obtenir ou de communiquer des renseignements médicaux fortement susceptibles de contribuer à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie physique ou mentale grave. Les renseignements obtenus par suite de la recherche peuvent être destinés à la personne adoptée, à ses descendants ou à un membre de sa famille généalogique. Le dépositaire de renseignements ayant trait aux adoptions ne peut effectuer une recherche en raison de graves problèmes de santé qu'à l'égard d'une adoption enregistrée en Ontario.

### Qui doit utiliser ce formulaire?

Ce formulaire doit être rempli par un membre admissible de la famille généalogique d'une personne adoptée, ou par une personne autorisée à agir pour le compte d'un membre de la famille généalogique ou à l'égard d'un parent de sang qui est décédé. « Membre de la famille généalogique » signifie, relativement à une personne adoptée, la mère ou le père de sang ou toute autre personne qui lui est apparentée, notamment la grand-mère ou le grand-père de sang et le frère ou la sœur de sang.

N'utilisez **pas** ce formulaire si vous êtes une descendante ou un descendant de la personne adoptée (p. ex. la fille, le fils, la petite-fille ou le petit-fils). Les descendants d'une personne adoptée **doivent** remplir le formulaire intitulé *Demande de recherche présentée par une personne adoptée ou l'un de ses descendants en raison de graves problèmes de santé*.

Les personnes suivantes peuvent remplir le présent formulaire pour demander une recherche en raison de graves problèmes de santé :

- La mère ou le père de sang d'une personne adoptée;
- Un membre de la famille généalogique (autre que la mère ou le père de sang) qui est âgé de plus de 18 ans;
- La mère, le père, la tutrice ou le tuteur d'un membre de la famille généalogique (autre que la mère ou le père de sang) qui est âgé de moins de 18 ans;
- Une personne autorisée à agir pour le compte d'un membre de la famille généalogique.
- Si la mère ou le père de sang souffrait d'une maladie physique ou mentale grave et est décédé, les personnes suivantes peuvent demander une recherche :
  - i. La conjointe ou le conjoint de la personne décédée;
  - ii. L'exécutrice ou exécuteur testamentaire de la personne décédée;
  - iii. Un membre de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario;
  - iv. Un membre de l'Ordre des psychologues de l'Ontario;
  - v. Un membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario titulaire d'un certificat d'inscription dans la catégorie spécialisée;
  - vi. Une personne autorisée à exercer la médecine ou la psychologie ailleurs qu'en Ontario.

### Admissibilité à une recherche en raison de graves problèmes de santé

Les renseignements fournis dans le présent formulaire seront recueillis et utilisés dans le but de déterminer si vous êtes admissible à une recherche en raison de graves problèmes de santé. Les critères d'admissibilité sont énoncés à l'article 16 du Règlement de l'Ontario 464/07 pris en application de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*. Les demandes de recherche qui ne satisfont pas aux critères d'admissibilité seront rejetées.

On effectue une recherche en raison de graves problèmes de santé pour retrouver une personne adoptée ou l'un de ses descendants dans les cas où il a été déterminé qu'un membre de la famille généalogique de la personne adoptée souffre d'une maladie physique ou mentale grave et peut tirer des **bienfaits médicaux directs** du fait de retrouver la personne recherchée,

**OU**

s'il y a lieu de croire que la personne adoptée ou l'un de ses descendants tirerait des **bienfaits médicaux directs** du fait de recevoir les renseignements médicaux demandés.

On entend par bienfaits médicaux directs la possibilité de diagnostiquer ou de traiter une maladie physique ou mentale grave. On entend par maladie physique ou mentale grave une maladie potentiellement mortelle ou susceptible d'entraîner des séquelles permanentes ou irréversibles qui ont un impact sur la vie quotidienne. La nature, la gravité et l'urgence de la situation **doivent** être vérifiées par un membre d'une profession réglementée de la santé dans la section D du présent formulaire.

## **Comment remplir le formulaire de demande**

Ce formulaire de demande comporte cinq parties. Veuillez fournir tous les renseignements demandés au mieux de votre connaissance en les écrivant lisiblement à l'encre bleue ou noire. Certaines parties du formulaire ne s'appliquent pas à vous; veuillez les laisser en blanc.

La partie D du formulaire de demande **doit** être remplie par un médecin ou un membre d'une autre profession réglementée de la santé.

### **Partie A : Renseignements sur l'auteur(e) de la demande**

#### **Nom de l'auteur(e) de la demande**

Veuillez écrire votre nom de famille légal actuel, votre prénom et vos autres prénoms, s'il y a lieu, en caractères d'imprimerie dans les espaces prévus à cette fin.

#### **Sexe de l'auteur(e) de la demande**

Cochez la case appropriée sur le formulaire pour indiquer si vous êtes un homme ou une femme.

#### **Date de naissance**

Inscrivez votre date de naissance dans l'espace prévu. Les membres de la famille généalogique (autres que la mère ou le père de sang) doivent avoir 18 ans pour présenter une demande de recherche en raison de graves problèmes de santé. La mère ou le père d'un membre de la famille généalogique peut présenter une demande au nom de celui-ci s'il est âgé de moins de 18 ans. Si vous êtes la mère ou le père de sang de la personne adoptée et avez moins de 18 ans, vous pouvez présenter une demande de recherche en raison de graves problèmes de santé.

#### **Adresse postale**

Inscrivez votre adresse postale dans l'espace prévu. Il est nécessaire d'indiquer une adresse postale afin que nous puissions vous faire parvenir les résultats de votre demande de recherche. Cette adresse sera utilisée pour **toute** la correspondance relative à votre demande.

#### **Numéro de téléphone (jour)**

Inscrivez le numéro de téléphone auquel on peut vous joindre pendant les heures normales de bureau. Cochez la case appropriée pour indiquer si on peut vous laisser un message à ce numéro.

S'il n'est pas possible de vous laisser un message au numéro de téléphone de jour que vous avez indiqué, ou s'il y a un autre numéro de téléphone auquel on peut vous joindre, par exemple un numéro de téléphone cellulaire, inscrivez ce numéro sur le formulaire. Si vous n'avez pas d'autre numéro de téléphone, laissez cet espace en blanc.

#### **Renseignements supplémentaires sur l'auteur(e) de la demande**

Cochez la case appropriée pour indiquer si vous êtes :

- la mère ou le père de sang d'une personne adoptée.
- un membre de la famille généalogique (autre que la mère ou le père de sang) qui a atteint l'âge de 18 ans. Le cas échéant, précisez votre lien de parenté avec la personne adoptée en cochant la case appropriée. Si vous cochez la case « autre », précisez votre lien de parenté en l'inscrivant dans l'espace prévu à cette fin.
- la mère, le père, la tutrice ou le tuteur d'un membre de la famille généalogique (autre que la mère ou le père de sang) qui est âgé de moins de 18 ans. Le cas échéant, précisez le lien de parenté entre cette personne et la personne adoptée dans l'espace prévu à cette fin.
- une personne autorisée à agir pour le compte d'un membre de la famille généalogique et qui présente une demande en son nom. Le cas échéant, précisez le lien entre cette personne et la personne adoptée dans l'espace prévu à cette fin.
- l'auteur(e) d'une demande concernant une mère ou un père de sang qui est décédé. Le cas échéant, indiquez votre lien avec la personne décédée en cochant la case appropriée.

#### **But de la recherche en raison de graves problèmes de santé**

On effectue une recherche en raison de graves problèmes de santé dans le but d'obtenir ou de communiquer des renseignements médicaux. Vous **devez** indiquer le but de la recherche demandée en cochant la case appropriée, et ne devez cocher qu'une seule case.

## **Partie B : Renseignements concernant la personne adoptée AVANT l'adoption**

### **Instructions à l'intention des mères et pères de sang**

Si vous êtes la mère ou le père de sang d'une personne adoptée, veuillez fournir les renseignements demandés dans cette section au mieux de votre connaissance en indiquant au moins ce qui suit, si possible :

- **Nom de la personne adoptée** – Inscrivez dans les espaces appropriés le nom de famille, le prénom et les autres prénoms, s'il y a lieu, de la personne adoptée à sa naissance.
- **Sexe** – Cochez la case appropriée pour indiquer si la personne adoptée est de sexe féminin ou masculin.
- **Date de naissance** – Inscrivez la date de naissance de la personne adoptée. Si vous ne connaissez pas la date exacte de sa naissance, vous pouvez indiquer une date approximative.
- **Nom de la mère de sang** – Inscrivez le nom de la mère de sang à la naissance de la personne adoptée.

Les autres renseignements demandés dans cette section pourraient accélérer le processus de demande, mais ne sont pas obligatoires.

### **Instructions à l'intention des membres de la famille généalogique**

Si vous êtes un membre de la famille généalogique autre que la mère ou le père de sang, et connaissez certains renseignements concernant les parents de sang de la personne adoptée, ou d'autres détails antérieurs à l'adoption, veuillez les fournir dans cette section en indiquant au moins ce qui suit, si possible :

- **Nom de la mère de sang** – Inscrivez le nom de la mère de sang à la naissance de la personne adoptée.
- **Sexe** – Cochez la case appropriée pour indiquer si la personne adoptée est de sexe féminin ou masculin.
- **Date de naissance** – Inscrivez la date de naissance de la personne adoptée. Si vous ne connaissez pas la date exacte de sa naissance, vous pouvez indiquer une date approximative.

## **PARTIE C : Renseignements concernant la personne adoptée APRÈS l'adoption**

Si vous êtes la mère ou le père de sang d'une personne adoptée ou un autre membre de sa famille généalogique et si vous connaissez certains détails concernant la personne adoptée après son adoption, veuillez les fournir dans cette partie. Sinon, vous pouvez laisser cette partie en blanc.

## **PARTIE D : Questionnaire à faire remplir par une professionnelle ou un professionnel des soins de santé**

Les renseignements fournis dans le questionnaire qui suit serviront à déterminer si vous êtes admissible à une recherche en raison de graves problèmes de santé aux termes de l'article 16 du Règlement de l'Ontario 464/07 pris en application de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*.

### **Remarque importante**

Cette partie du formulaire de demande de recherche en raison de graves problèmes de santé doit être remplie par une professionnelle ou un professionnel des soins de santé.  
Les formulaires de demande ne comportant pas ce questionnaire dûment rempli seront renvoyés à leur expéditeur.

### **Nom de la patiente ou du patient**

Cette section **doit** être remplie par l'auteur(e) de la demande.

Si vous êtes la mère ou le père de sang ou un autre membre de la famille généalogique d'une personne adoptée, veuillez écrire votre nom légal actuel, en caractères d'imprimerie, dans l'espace prévu à cette fin.

Si vous présentez cette demande au nom d'un membre de la famille généalogique ou à l'égard d'une mère ou d'un père de sang aujourd'hui décédé, veuillez inscrire le nom légal actuel ou le dernier nom légal connu de cette personne dans l'espace prévu à cette fin.

## **Consentement de la patiente ou du patient à la divulgation de renseignements médicaux**

Cette section doit être remplie pour qu'une professionnelle ou un professionnel des soins de santé puisse remplir le questionnaire à son intention. Veuillez fournir les renseignements demandés, y compris le nom de la professionnelle ou du professionnel des soins de santé qui doit remplir le questionnaire, apposer votre signature et dater votre consentement.

### **Renseignements sur la professionnelle ou le professionnel des soins de santé**

Le reste du questionnaire à faire remplir par une professionnelle ou un professionnel des soins de santé **doit** être rempli et signé par un membre d'une profession réglementée de la santé.

La professionnelle ou le professionnel des soins de santé doit inscrire son nom légal au complet et indiquer son titre professionnel en cochant la case appropriée. Si la professionnelle ou le professionnel des soins de santé est membre d'un ordre professionnel qui n'est **pas** indiqué sur le formulaire, elle ou il peut cocher la case « autre » et préciser son affiliation professionnelle dans l'espace prévu à cette fin.

La professionnelle ou le professionnel des soins de santé doit également indiquer son adresse postale professionnelle et un numéro de téléphone où on peut lui parler durant les heures normales de bureau.

### **Questions concernant l'état de santé de la patiente ou du patient**

Les renseignements fournis en réponse à ces questions serviront à déterminer si l'auteur(e) de la demande satisfait aux critères d'admissibilité à une recherche en raison de graves problèmes de santé. La professionnelle ou le professionnel des soins de santé doit répondre à chaque question en cochant la case appropriée. Si la réponse à une question est « oui », on **doit** fournir des détails supplémentaires dans l'espace prévu à cette fin. Si cet espace ne suffit pas, on peut joindre des pages supplémentaires.

La professionnelle ou le professionnel des soins de santé doit signer et dater le questionnaire et **le rendre à l'auteur(e) de la demande**. Pour confirmer son appartenance à une profession réglementée de la santé, elle ou il doit agraffer une carte d'affaires ou une feuille à tête au questionnaire, ou apposer son sceau dans l'espace prévu à cette fin.

Prière de noter que le dépositaire de renseignements ayant trait aux adoptions pourrait communiquer avec la professionnelle ou le professionnel des soins de santé qui a rempli le questionnaire.

## **Partie E : Déclaration signée de l'auteur(e) de la demande**

L'auteur(e) de la demande doit signer et dater le formulaire aux endroits prévus dans la partie E pour que la demande puisse être traitée.

## **Instructions d'envoi**

Veuillez envoyer votre formulaire de demande dûment rempli, **y compris** le questionnaire rempli par une professionnelle ou un professionnel des soins de santé, à l'adresse suivante :

Dépositaire de renseignements ayant trait aux adoptions  
B. P. 654  
77, rue Wellesley Ouest  
Toronto ON M7A 1N3

Les formulaires de demande ne comportant pas le questionnaire dûment rempli et signé par une professionnelle ou un professionnel des soins de santé seront renvoyés à leur expéditeur.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec ServiceOntario, sans frais au 1 800 461-2156 ou, dans la région de Toronto, au 416 325-8305.