

**1. To the Health Care Provider**

Once completed, this form must be retained by the healthcare organization in case of future audits. This form contains Personal Health Information and, as such, must be stored in a secure manner.

Health Number		Patient Name	
Date (yyyy/mm/dd)	Time	Facility	
Consent Provided by <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Substitute Decision-Maker (SDM)		Consent Obtained by	
SDM Type			

**2. To the Patient/Substitute Decision-Maker - Signature**

Please read the following statement and sign below to confirm you are giving your consent:

By signing this form, I authorize my health care provider to temporarily access information about the publicly funded drugs, monitored drugs, and pharmacy services that I have received for the purposes described to me by my health care provider. I understand that providing my consent for this one-time access will not affect my existing decision to block access to this information (my signed 'Blocking Access to Your Drug and Pharmacy Service Information' form), which will remain in place.

The Ministry of Health and Long-Term Care Statement of Information Practices, available at [www.ontario.ca/health](http://www.ontario.ca/health), describes how and for what purposes the ministry may use and disclose personal health information in accordance with the *Personal Health Information Protection Act, 2004*. For more information about the collection, use and disclosure of monitored drugs, please see "Public Notice Regarding the Ministry of Health and Long-Term Care's ("ministry") Collection, Use and Disclosure of Information under the *Narcotics Safety and Awareness Act, 2010*" or call ServiceOntario INFOline at 1-866-532-3161 (Toll-free in Ontario only) or TTY 1-800-387-5559, or visit our website at [www.ontario.ca/narcoticsstrategy](http://www.ontario.ca/narcoticsstrategy).

Name of Health Care Provider

Your Name or your Substitute Decision-Maker's Name	Signature	Date (yyyy/mm/dd)
--	-----------	-------------------

**Questions**

If you have questions about access to your drug and pharmacy service information, please visit the ministry's website at [www.ontario.ca/mydruginfo](http://www.ontario.ca/mydruginfo) or contact:

**ServiceOntario INFOline:** 1-800-291-1405 (Toll-free in Ontario only)  
**TTY:** 1-800-387-5559

## Débloquer ponctuellement l'accès à vos renseignements personnels sur les médicaments et les services de pharmacie reçus

### 1. Au fournisseur de soins de santé :

Une fois rempli, ce formulaire doit être conservé par l'organisme de soins de santé à des fins de vérifications futures. Ce formulaire comporte des renseignements personnels de santé et doit, en tant que tel, être conservé de manière sécuritaire.

Numéro de carte Santé		Nom du patient	
Date (aaaa/mm/jj)	Heure	Établissement	
Consentement donné par le <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Mandataire		Consentement obtenu par	

Type de mandataire

### 2. Au patient/à son mandataire – Signature

Veillez lire la déclaration suivante et signer ci-dessous pour confirmer que vous donnez votre consentement :

En signant ce formulaire, j'autorise l'accès ponctuel de mon fournisseur de soins de santé aux renseignements concernant les services de pharmacie, les médicaments contrôlés, et les médicaments financés par le secteur public que j'ai reçus, aux fins exposées à moi par mon fournisseur de soins de santé. Je comprends que donner ponctuellement mon consentement à cet accès ne modifiera pas ma décision préalable de bloquer l'accès à ces renseignements (le formulaire « Bloquer l'accès à vos renseignements personnels de services de pharmacie et de médicaments » que j'ai signé), et que le blocage de cet accès sera maintenu.

La déclaration du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les Pratiques de protection de l'information, que vous pouvez trouver à l'adresse [www.ontario.ca/sante](http://www.ontario.ca/sante), décrit comment le ministère peut utiliser et divulguer des renseignements personnels sur la santé et pour quels objectifs, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Pour obtenir de plus amples informations sur le recueil, l'utilisation et la divulgation des renseignements relatifs aux médicaments contrôlés, veuillez vous reporter à l'« Avis public concernant la cueillette, l'utilisation et la divulgation des renseignements par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « ministère ») aux termes de la *Loi de 2010 sur la sécurité et la sensibilisation en matière de stupéfiants* », ou appeler la ligne INFO de ServiceOntario au 1-866-532-3161 (appel gratuit en Ontario seulement) (ATS : 1-800-387-5559), ou encore consulter le site Web du ministère à l'adresse [www.ontario.ca/strategie-stupefiants](http://www.ontario.ca/strategie-stupefiants).

Nom du fournisseur de soins de santé

Votre nom ou celui de votre mandataire	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
--	-----------	-------------------

### Questions

Si vous avez des questions au sujet de l'accès aux renseignements sur les médicaments et les services de pharmacie vous concernant, veuillez consulter le site Web du ministère à l'adresse [www.ontario.ca/mesinfosmedicaments](http://www.ontario.ca/mesinfosmedicaments) ou composer les numéros de téléphone suivants:

**Ligne INFO/ServiceOntario :** 1-800 291-1405 (appel gratuit en Ontario seulement)  
**ATS :** 1-800-387-5559