

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

Ne remplissez ce formulaire que si vous avez auparavant bloqué l'accès de votre fournisseur de soins de santé aux renseignements concernant vos médicaments et vos services de pharmacie, et souhaitez débloquer cet accès. Si vous remplissez ce formulaire, vous permettez à vos fournisseurs de soins de santé d'avoir accès aux renseignements sur les médicaments et les services de pharmacie vous concernant, aux fins de la prestation de vos soins.

Contexte

Le ministère de la Santé (le « ministère ») offre un accès à des renseignements sur les médicaments financés par les pouvoirs publics, les médicaments contrôlés et les services de pharmacie que vous recevez; cet accès est destiné aux fournisseurs de soins de santé (par ex. les médecins, les infirmières et infirmiers, et les pharmacien(ne)s) qui participent directement à vos soins. Ils disposent ainsi de plus amples renseignements sur vos antécédents en matière de médicaments et de services de pharmacie aux fins de la prestation optimale de vos soins.

Décision de débloquer l'accès aux renseignements

En signant ce formulaire, vous décidez de débloquer l'accès de vos fournisseurs de soins de santé aux renseignements ci-dessus précisés.

Changer d'avis ultérieurement

Si, dans le futur, vous souhaitez bloquer l'accès de vos fournisseurs de soins de santé aux renseignements ci-dessus, il vous suffit de signer le formulaire « Bloquer l'accès aux renseignements sur les médicaments et les services de pharmacie » et de l'envoyer au ministère.

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

1. Renseignements sur le demandeur

Fournissez les renseignements suivants. Si vous écrivez à la main, veuillez utiliser un stylo à bille bleu ou noir. **Une fois le formulaire rempli, veuillez l'envoyer à l'adresse inscrite en bas de la page.**

Les champs marqués d'un astérisque (*) doivent impérativement être remplis.

Nom de famille *		Prénom *		Initiale
Numéro de carte Santé *	Sexe		Date de naissance * (aaaa/mm/jj)	Langue préférée
	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme		

Adresse actuelle

Numéro de l'unité	Numéro de la rue *	Nom de la rue *	Boîte postale
Municipalité/Ville *	Province *		Code postal * Numéro de téléphone *

2. Signature

La déclaration sur les Pratiques de protection de l'information, que vous pouvez trouver à l'adresse www.ontario.ca/fr/page/declaration-pratiques-relatives-laces-linformation-vigueur-ministere-sante-et-ministere-des-soins-de-longue-duree, 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 collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements par le ministère de la Santé en vertu 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/fr/page/strategie-ontarienne-relative-aux-opioides.

Votre signature ou celle de votre mandataire * X	Date (aaaa/mm/dd) *
--	---------------------

Si la signature ci-dessus est celle de votre mandataire, veuillez écrire ci-dessous en lettres moulées les renseignements le concernant.

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

Identité de votre mandataire (cochez une des options)

- Tuteur ou tutrice du patient (joindre les documents justificatifs)
- Procureur(e) au soin de la personne (joindre les documents justificatifs)
- Représentant(e) désigné(e) par la Commission du consentement et de la capacité (joindre les documents justificatifs)
- Conjoint(e) ou conjoint de fait
- Parent
- Enfant
- Frère ou sœur (préciser) _____
- Autre membre de la famille (préciser) _____

Note

Les formulaires doivent être retournés par la poste ou par télécopie à : Ligne INFO de ServiceOntario, 5775, rue Yonge, 16^e étage, Toronto (Ontario) M7A 2E5, télécopie : 416-314-8721. Ces renseignements seront utilisés par le ministère pour appliquer vos directives concernant le déblocage de cet accès. Pour de plus amples renseignements, veuillez appeler la ligne INFO gratuite de ServiceOntario au 1-800-291-1405 (ATS :1-800-387-5559) ou consulter le site Web du ministère à l'adresse

www.ontario.ca/fr/page/acces-des-fournisseurs-de-soins-de-sante-aux-renseignements-sur-les-medicaments-et-les-services-en-pharmacie.