

À remplir par le requérant

Vous pouvez soumettre une requête à un médecin hygiéniste dans les cas qui suivent :

- vous êtes entré en contact avec une substance corporelle d'une autre personne et vous voulez faire analyser son sang pour détecter l'une des maladies transmissibles énumérées dans la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*;
- vous êtes entré en contact avec la substance corporelle parce que vous avez été victime d'un acte criminel, vous avez fourni à la personne des services de soins de santé d'urgence ou des premiers soins en cas d'urgence, vous appartenez à une catégorie prescrite dans l'exercice de vos fonctions, ou vous vous êtes trouvé dans des circonstances prescrites ou vous êtes livré à une activité prescrite (voir la section C).

Vous devez soumettre une copie du présent Formulaire 2 - Rapport du requérant et du Formulaire 1 - Rapport du médecin dûment remplis au bureau du médecin hygiéniste du bureau local de santé publique approprié (le « bureau de santé approprié » désigne le bureau de santé de la région où vit l'intimé. Pour obtenir une liste des bureaux de santé et des régions qu'ils couvrent, consultez le site <https://www.phdapps.health.gov.on.ca/phulocator/fr/Default.aspx>). La requête doit être reçue par le bureau du médecin hygiéniste au plus tard trente jours après que vous ayez été en contact avec la substance corporelle d'une autre personne (si la date d'échéance tombe un samedi, un dimanche ou un autre jour férié, elle est reportée au jour ouvrable suivant).

Si vous soumettez une requête aux termes de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*, vous devez consentir à ce qui suit :

- a) La divulgation de vos renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels liés à la requête à la Commission du consentement et de la capacité (la « Commission »).
- b) L'examen, la consultation concernant l'incident (y compris la consultation concernant la prophylaxie ou le traitement) et les tests de base pour toute maladie transmissible de la liste prescrits par le médecin qui rédige le rapport.
- c) La divulgation par la police des renseignements contenus dans le rapport de police à la Commission (lorsque la requête est soumise par la victime d'un acte criminel).

Veillez également noter ce qui suit :

Une copie caviardée de votre rapport sera fournie à l'intimé par la Commission.

Le médecin hygiéniste communiquera à l'intimé les détails de l'incident décrits dans ce rapport et dans le rapport du médecin du formulaire 1 (vos renseignements personnels ne seront pas communiqués).

Si le médecin hygiéniste détermine que la requête ne répond pas aux exigences du Règlement de l'Ontario 449/07 adopté en vertu de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*, il en avise le requérant et la Commission si la requête lui a déjà été envoyée.

Un requérant qui reçoit un avis selon lequel sa requête ne répond pas aux exigences peut la corriger et la soumettre à nouveau.

Sous réserve d'une éventuelle prolongation, la Commission convoque et tient une audience, puis rend sa décision dans les cinq jours ouvrables suivant la réception du renvoi de la requête. Les audiences de la Commission sont ouvertes au public, aux termes de la *Loi sur l'exercice des compétences légales*. À la suite d'une audience, la Commission peut ou non ordonner à l'intimé de fournir un échantillon de sang pour analyse.

Si l'intimé ne fournit pas volontairement un échantillon de sang ou une autre preuve de sa séropositivité, le médecin hygiéniste doit faire des efforts raisonnables pour demander à l'intimé de fournir volontairement un tel échantillon ou une telle preuve jusqu'au jour qui suit de cinq jours ouvrables le jour où le médecin hygiéniste a reçu la requête ou le jour où la Commission rend sa décision, selon la première éventualité.

Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

A. Renseignements sur le requérant

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* demandant à un intimé de donner un échantillon de sang ou une autre preuve de séropositivité afin de déterminer la présence d'une maladie transmissible répertoriée, ou à l'obtention d'une ordonnance exigeant la même chose. La collecte et l'utilisation de ces renseignements se font aux termes de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*.

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 actuelle

Adresse du domicile Adresse du lieu de l'emploi

Numéro d'unité	Numéro municipal *	Rue *	Case postale
Municipalité *	Province *		Code postal *
Téléphone *	Télécopieur (le cas échéant)	Courriel (le cas échéant)	

Renseignements sur le fournisseur de soins primaires (médecin de famille)

Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom
----------------	--------	---------------------------

Adresse du bureau

Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue	Case postale
Municipalité	Province		Code postal
Téléphone	Télécopieur (le cas échéant)	Courriel (le cas échéant)	

B. Identification de l'intimé – Les renseignements suivants concernant l'intimé sont obligatoires

Remarque : L'intimé est la personne dont vous avez pu entrer en contact avec les substances corporelles. Si ce formulaire ne comporte pas le nom, l'adresse et les coordonnées de l'intimé, la requête ne sera pas traitée.

Nom complet de l'intimé

Nom de famille *	Prénom *	Initiale du second prénom	
Date de naissance (aaaa-mm-jj) *	Âge *	Numéro de téléphone du domicile ou du cellulaire *	Autre numéro de téléphone
Courriel (moyen de communication privilégié)			

Adresse du domicile

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

L'intimé se trouve-t-il actuellement dans un établissement de santé, résidentiel ou correctionnel? * Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants

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

Nom de l'établissement

Nom de famille			Prénom		Initiale du second prénom	
Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue			Case postale	
Municipalité			Province		Code postal	
Téléphone		Télécopieur (le cas échéant)		Courriel		

Les autres renseignements qui pourraient nous aider à localiser ou à communiquer avec l'intimé

C. Détails de l'incident – Date, heure et lieu où vous avez pu entrer en contact avec une substance corporelle de l'intimé

Date de l'exposition *		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	

Décrivez les circonstances dans lesquelles vous avez pu entrer en contact avec une substance corporelle de l'intimé

Décrivez toute blessure que vous avez subie *

Avez-vous pris des précautions avant (c.-à-d. porter des gants, des lunettes, un masque, etc.) et après (c.-à-d. laver immédiatement la zone exposée) votre contact avec la substance corporelle de l'intimé? *

Non Oui

Dans l'affirmative, donnez des explications

Veillez indiquer dans quelles circonstances vous êtes entré en contact avec une substance corporelle de l'intimé *

- Vous êtes victime d'un acte criminel. Le terme « Victime d'un acte criminel » désigne la victime d'un crime présumé aux termes du *Code criminel* (Canada).
- Vous fournissiez à la personne des services de soins de santé d'urgence ou des premiers soins en cas d'urgence, si celle-ci était malade, blessée ou inconsciente à la suite d'un accident ou d'une autre situation d'urgence.
- Dans l'exercice de vos fonctions, vous appartenez à l'une des catégories prescrites suivantes :
- Personne qui travaille dans un établissement correctionnel au sens de la *Loi sur le ministère des Services correctionnels*, ou dans un lieu de garde en milieu ouvert ou un lieu de garde en milieu fermé, au sens de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*
 - Agent de police au sens de la *Loi sur les services policiers*, employé d'un corps de police qui n'est pas un agent de police, constable issu des Premières Nations et membre auxiliaire d'un corps de police
 - Pompier, au sens du paragraphe 1 (1) de la *Loi de 1997 sur la prévention et la protection contre l'incendie*
 - l'incendie Auxiliaire médical et ambulancier, au sens de la *Loi sur les ambulances*
 - Membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
 - Membre de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
 - Agent spécial nommé aux termes de l'article 53 de la *Loi sur les services policiers* et qui n'est pas un employé d'un corps de police
 - Étudiant auxiliaire médical en formation sur le terrain
 - Étudiant en médecine en formation
 - Étudiant en soins infirmiers en formation
- Vous vous êtes trouvé dans des circonstances prescrites ou vous êtes livré à une activité prescrite

Si votre contact avec la substance corporelle de l'intimé est dû au fait que vous avez été victime d'un acte criminel, les renseignements suivants sont obligatoires : *

Consentez-vous à ce que la police communique les renseignements contenus dans le rapport de police à la Commission du consentement et de la capacité?

Non Oui

Existe-t-il une ordonnance interdictive ou une autre restriction légale à l'égard des contacts entre vous et l'intimé?

Non Oui

Dans l'affirmative, donnez des détails

Remarque : Vous devez faire un rapport à la police si vous soumettez une requête en raison du fait que vous avez été victime d'un acte criminel et vous devez consentir à ce que la police communique les renseignements contenus dans le rapport de police à la Commission du consentement et de la capacité. Dans le cas contraire, la requête n'est pas valable et ne peut être traitée aux termes de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*.

Date à laquelle l'acte criminel a été signalé aux autorités de police locales (aaaa-mm-jj) * | Numéro de dossier *

Nom et numéro d'insigne de l'agent de police à qui l'acte criminel a été signalé

Nom de famille * | Prénom * | Numéro d'insigne

Téléphone * | Téléphone cellulaire | Courriel

Service, division ou détachement de police dans lequel le crime a été signalé *

Municipalité *

Province *

D. Renseignements supplémentaires

Expliquez la raison pour laquelle vous souhaitez que l'intimé fournisse un échantillon de son sang à des fins d'analyse et les autres renseignements qui devraient être connus pour l'examen de votre requête *

E. Consentement à l'examen, aux services de consultation et aux tests de base

Je consens par la présente à être examiné par le médecin qui prépare le rapport médical qui accompagne le présent formulaire, à la consultation (y compris la consultation concernant la prophylaxie et le traitement) et à subir des tests de base à l'égard des maladies transmissibles énumérées, à la demande du médecin qui rédige le rapport. *

Non Oui

Remarque : Vous devez consentir à l'examen, à la consultation et aux tests de base. Dans le cas contraire, la requête n'est pas valable et ne peut être traitée aux termes de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*.

F. Traitement

Le vaccin contre l'hépatite B a-t-il été recommandé comme traitement dans votre cas? *

Non Oui

On m'a administré le vaccin recommandé contre l'hépatite B *

Non Oui

La GIHB a-t-elle été recommandée comme traitement dans votre cas? *

Non Oui

J'ai pris la GIHB recommandée *

Non Oui

La prophylaxie contre le VIH a-t-elle été recommandée comme traitement dans votre cas? *

Non Oui

J'ai pris la prophylaxie recommandée contre le VIH *

Non Oui

Je continue à suivre ce traitement *

Non Oui Date d'arrêt du traitement, le cas échéant

G. Consentement à la divulgation des renseignements personnels

Je consens par les présentes à ce que les renseignements personnels et les renseignements personnels sur la santé me concernant relatifs à la présente requête soient communiqués à la Commission. *

Non Oui

Remarque : Vous devez consentir à la communication des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé vous concernant à la Commission. Dans le cas contraire, la requête n'est pas valable et ne peut être traitée aux termes de la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*.

H. 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 du requérant

Nom de famille | Prénom | Initiale du second prénom

Téléphone | Courriel (le cas échéant)

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

I. Renseignements exacts

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

Nom du requérant

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