

DÉCLARATION DE DÉSACCORD

Place Patient Label with
Barcode Here

Information et instructions

Nous corrigerons les renseignements contenus dans le dossier de santé s'il est démontré, à notre satisfaction, que le dossier est inexact ou incomplet aux fins pour lesquelles nous recueillons, utilisons ou divulguons ces renseignements. Nous ferons de notre mieux pour répondre à votre demande en temps opportun. Veuillez remplir les parties A et B du présent formulaire. La partie C est réservée à l'usage interne. Pour en savoir plus long sur nos pratiques en matière de protection de la vie privée, communiquez par téléphone au 807 343-2454, par télécopieur au 807 345-4051.

Partie A : Renseignements sur la personne qui fait la demande

Coordonnées

Nom

Prénom

Initiales

Adresse postale

Numéro de téléphone

Date de naissance

Si vous êtes mandataire spécial, indiquez vos coordonnées. ***(Inclure une copie des documents qui prouvent votre autorité en tant que mandataire spécial.)***

Nom

Prénom

Initiales

Adresse postale

Numéro de téléphone

Partie B : Demande de correction

1. Indiquez ou joignez la correction demandée en précisant les raisons justifiant la correction.

Correction demandée	Raisons justifiant la correction



SSTMTDISCORR

Place Patient Label with
Barcode Here

2. Comment voulez-vous recevoir l'avis de correction? ☐ Par écrit ☐ Verbalement
3. Voulez-vous que, dans la mesure du possible et du raisonnable, nous envoyons un avis de correction aux personnes à qui nous avons divulgué les renseignements inexacts? (Nous ne le ferons que dans les cas où cet avis aura une incidence sur vos soins de santé ou servira vos intérêts.)
- ☐ Oui ☐ Non

Signature

Nom (en lettres moulées)

Titre

Date

Partie C : Réponse à la demande de correction (réservé à l'usage interne)

- ☐ La correction a été faite.
- ☐ La correction n'a PAS été faite.
- ☐ La lettre de refus (précisant les raisons du refus) a été envoyée.
- ☐ La déclaration de désaccord a été jointe au dossier.
- ☐ Date de la réponse (si le client/la cliente a demandé un avis par écrit ou verbal) _____

1. Indiquez le nom, les coordonnées et les commentaires des personnes consultées.

2. Si la correction n'a pas été faite, indiquez la raison.

3. Si une prolongation du délai de traitement de la demande de correction a été nécessaire, précisez ce qui suit :

Date de la prolongation	Raison de la prolongation	Date à laquelle le client/la cliente a été avisé(e) de la prolongation

4. Un avis de correction a été fourni aux personnes à qui les renseignements inexacts avaient été divulgués.

Indiquez les noms : _____

5. Traité par :

Signature : _____ Nom et titre (en lettres moulées) _____