

SECTION A – Renseignements sur le patient

Nom du patient* : _____ Date de naissance* : _____
Nom de famille Prénom (JJ/MM/AAAA)

Adresse* : _____

Numéro de carte Santé : _____ Téléphone* : _____ Courriel : _____
*Obligatoire

SECTION B – Précisions sur la demande

Consultation en personne de mon dossier médical Copie de mon dossier médical

Veuillez préciser le motif de la demande (voir les documents requis à la [page 2](#)).

Patient Fournisseur de soins Procédure judiciaire Assurances Règlement de succession

Mandataire spécial / procureur (seulement en cas d'incapacité du patient)

Autre (veuillez préciser) : _____

Veuillez choisir comment vous souhaitez recevoir votre dossier médical (voir les modalités de livraison et les frais à la [page 2](#)).

Papier Clé USB Partage de fichiers sécurisé Poste Télécopieur Ramassage en personne

SECTION C – Information demandée

Veuillez fournir tout renseignement pouvant aider à localiser votre dossier (nom des fournisseurs de soins, clinique, type de service, etc.) :

Précisez la période visée (dates) : _____

Veuillez sélectionner les renseignements cliniques que vous voulez consulter :

Sommaire de congé Antécédents cliniques et évaluation physique Consultations

Rapports de professionnels paramédicaux (psychologue, physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, etc.)

Résultats de tests en laboratoire Résultats d'imagerie diagnostique Autre : _____

SECTION D – Renseignements sur le destinataire

Cette section est à remplir **UNIQUEMENT** si le dossier médical doit être envoyé à une personne autre que le patient.

J'autorise Bruyère à transmettre les renseignements personnels sur ma santé à :

Nom de la personne : _____ Nom de l'organisation : _____
Nom de famille Prénom

Adresse : _____

Tél. : _____ Téléc. : _____ Courriel : _____

SECTION E – Consentement

Pour que la demande d'accès puisse être traitée, le présent formulaire doit être signé par le patient ou par le mandataire spécial, le procureur ou le liquidateur (le cas échéant).

J'ai lu et j'accepte les conditions de la [page 2](#) du présent formulaire.

Nom du patient (caractères d'imprimerie) : _____

Signature : _____

Nom du mandataire spécial, du procureur ou du liquidateur (le cas échéant) : _____

Signature : _____

Date de la signature : _____
(JJ/MM/AAAA)

Veuillez imprimer le formulaire et le signer à la main.

INSTRUCTIONS

1. Soumission de la demande

Veillez déposer le formulaire dûment rempli en personne ou l'envoyer par courriel, par télécopieur ou par la poste au bon destinataire parmi les suivants :

- a) **Le service des archives médicales de Bruyère** est en mesure de fournir une copie des dossiers médicaux uniquement pour les patients hospitalisés de Bruyère, de Greystone, de la Résidence Saint-Louis et de la Résidence Élisabeth-Bruyère, les patients externes de la clinique ambulatoire post-AVC et les patients de Médecine physique et réadaptation. Courriel: HealthRecords@bruyere.org.
- b) **Les cliniques externes de Bruyère** (ex. : Hôpital de jour gériatrique, Programme de la mémoire Bruyère, cliniques de photodermatologie et de dermatologie) peuvent fournir une copie des dossiers de leur propre clinique. *Visitez le site Web de Bruyère (<https://www.bruyere.org/fr/services>) pour obtenir les coordonnées de chaque clinique. Il est recommandé de communiquer directement avec la clinique avant de soumettre le formulaire. À noter qu'il pourrait être nécessaire de contacter plusieurs cliniques, selon l'endroit où les soins ont été prodigués.*
- c) **Centre de médecine familiale Bruyère et Centre de médecine familiale Primrose**. Les patients de l'Équipe de santé familiale universitaire Bruyère doivent communiquer avec la clinique où ils sont traités pour savoir comment soumettre le formulaire. *Bruyère : appeler au 613-241-3344. Primrose : appeler au 613-230-7788.*
- d) **Le service d'imagerie diagnostique de Bruyère** peut fournir des copies d'images et de rapports à sa clientèle. *Pour en savoir plus, appeler au 613-562-6262, poste 6316.*

2. Documents requis

- a) Copie d'une pièce d'identité gouvernementale (exemple : permis de conduire) du patient ou du procureur, mandataire spécial ou liquidateur
- b) Si le patient n'est pas le destinataire, copie d'une pièce d'identité gouvernementale avec photo du demandeur (sauf pour les demandes en lien avec une procédure judiciaire ou les assurances)
- c) Pour les demandes en lien avec une procédure judiciaire ou les assurances, lettre de demande d'accès officielle et copie du consentement du patient
- d) Pour les demandes faites par un procureur, copie de la procuration.
- e) Pour les demandes en lien avec une succession, copie de la première et de la dernière page du testament ou du certificat de nomination.

3. Frais

Les frais d'accès au dossier médical varient selon la méthode de livraison. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez contacter le service des archives. (N.B. : Pour les demandes faites au Centre de médecine familiale Bruyère ou au Centre de médecine familiale Primrose, communiquer directement avec la clinique pour connaître les frais.)

- Photocopie (*frais administratifs de 30 \$ + 0,25 \$ par page après 20 pages + taxes*)
- Version numérique sur clé USB (*frais administratifs de 30 \$ + coût de la clé USB + taxes*)
- Version numérique téléchargeable via partage de fichier sécurisé (*frais administratifs de 30 \$ + taxes*)

4. Consentement

- a) Un consentement tacite ou écrit est requis pour la collecte, l'utilisation et la transmission de renseignements personnels sur la santé. Même si généralement, le consentement tacite suffit pour la prestation de soins de santé, dans certains cas, il faut le consentement exprès.
- b) Le consentement écrit exprès doit contenir la signature originale du patient ou du procureur, mandataire spécial ou liquidateur.
- c) Le consentement doit être spécifique à l'information demandée et être signé et daté dans les 60 jours suivant le dépôt de la demande d'accès. Il doit avoir été fait avant – et non après – la date de consignation des renseignements personnels demandés.
- d) Si le demandeur représente une organisation (cabinet d'avocats, compagnie d'assurance), la demande doit être accompagnée d'une lettre de présentation distincte, rédigée sur du papier à en-tête, où l'on trouve le nom et l'adresse de la personne demandant l'information, les rapports demandés et la raison de la demande.
- e) Le consentement tacite peut être présumé avoir été donné si l'information est destinée à un dépositaire de l'information sur la santé du cercle de soins qui ne relève pas de Soins continus Bruyère. Le consentement écrit du patient ou du mandataire spécial n'est pas nécessaire, à moins que nous n'ayons reçu l'instruction formelle de ne pas divulguer l'information. La demande doit être présentée sur du papier à en-tête ou au moyen du formulaire de demande de renseignements personnels sur la santé de l'organisme.
- f) Les renseignements personnels sur la santé inscrits dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et serviront à répondre à la demande d'accès conformément à l'article 54.
- g) Si vous avez des questions, communiquez avec l'agent responsable de la vie privée et de l'accès à l'information de Soins continus Bruyère au 613-562-6262, poste 1687, ou à l'adresse privacy@bruyere.org.

5. Livraison

Les dossiers remis en format papier ou sur une clé USB sont envoyés par la poste. Si vous souhaitez les récupérer en personne, veuillez l'indiquer dans le présent formulaire. Quelle que soit la méthode choisie, il est de la responsabilité du destinataire d'empêcher toute utilisation ou communication non autorisée.

6. Délai

Merci de prévoir 30 jours pour le traitement de votre demande. Si du temps supplémentaire est nécessaire, vous en serez avisé.

7. Expiration

La présente autorisation n'est valide que pour 60 jours à partir de la date de signature. La demande peut être annulée par écrit à tout moment. Les documents fournis en format électronique ne sont pas chiffrés.

**PATIENT ACCESS TO
THEIR HEALTH RECORD**

Élisabeth Bruyère Hospital 43 Bruyère St, Ottawa ON K1N 5C8 - Tel.: 613-562-6005, Fax: 613-562-6346
Saint-Vincent Hospital 60 Cambridge St. N, Ottawa ON K1R 7A5 - Tel.: 613-562-6005, Fax: 613-782-2745
Greystone Village 225 Scholastic Dr, Ottawa ON K1S 5W2 - Tel.: 613-562-6005, Fax: 613-562-6346
Saint-Louis Residence 879 Hiawatha Park Rd, Orléans ON K1C 2Z6 - Tel.: 613-562-6005, Fax: 613-562-6346
Élisabeth Bruyère Residence 75 Bruyère St, Ottawa ON K1N 5C8 - Tel.: 613-562-6005, Fax: 613-562-6346
Bruyère Family Medicine Centre 75 Bruyère St, Ottawa ON K1N 5C8 - Tel.: 613-241-3344
Primrose Family Medicine Centre 35 Primrose Ave, Ottawa ON K1R 0A1 - Tel.: 613-230-7788

SECTION A – Patient Information

Patient Name*: _____ Date of Birth*: _____
Last Name First Name (DD/MM/YYYY)
Address*: _____
Health Card#: _____ Tel*: _____ E-mail Address: _____
*mandatory information

SECTION B – Details of Request

Request in person access to view my health record Request a copy of my health record
Please select the reason for the request (see documentation requirements on page 2 of this form):
Patient Health Care Provider Legal Insurance Estate Settlement SDM / POA (Only if patient is incapable)
Other (provide additional details): _____
Please select the preferred delivery format of the record (see delivery conditions and fees on page 2 of this form):
Paper Copy USB Key Secure File Sharing Mail Fax Pick-Up

SECTION C – Requested Information

Please provide any relevant details that may assist in identifying the location of the record (e.g. name of health care provider(s) or clinic(s), type of service, etc.): _____
Please specify your date range: _____
Please select the type of clinical information you are seeking access to:
Physician Discharge Summary Clinical History and Physical Assessment Consultations
Reports from Allied Health Professionals (Psychology, Physiotherapy, Occupational Therapy, Social Work, etc.)
Lab Test Results Diagnostic Imaging Results Other: _____

SECTION D – Recipient Information

This section is to be completed ONLY if the request involves sending the record to an individual other than the above listed patient. I authorize Bruyère to disclose personal health information to:

Recipient Name: _____ Name of Organization: _____
Last Name First Name
Address: _____
Tel.: _____ Fax#: _____ E-mail Address: _____

SECTION E – Consent

This form must be signed by the patient or the Substitute Decision Maker (SDM), Power of Attorney (POA), or Executor (if applicable) in order to process the request for records. I have read and agree to the conditions outlined on page 2 of this form.

Print name of Patient: _____ Signature of Patient: _____
Print name of POA, SDM, or Executor (if applicable): _____ Signature of POA, SDM, or Executor (if applicable): _____
Date of Signature: _____ (DD/MM/YYYY) Please print and sign the form manually

INSTRUCTIONS

1. **Where to Submit Request:** Please submit the completed form in person or by email, fax or postal mail to the appropriate department as outlined below:
 - a. **Bruyère Health Records Department** is able to provide copies of records for Bruyère inpatient, Greystone inpatient, Saint-Louis Residence, Élisabeth Bruyère Residence, Outpatient Ambulatory Stroke, and Physical Medicine and Rehabilitation visits only. E-mail: HealthRecords@bruyere.org.
 - b. **Bruyère Outpatient Clinics** (e.g. Geriatric Day Hospital, Bruyère Memory Program, Photoderm & Dermatology) are each able to provide copies of records for their individual clinic. *Visit the Bruyère website (www.bruyere.org/en/services) to obtain the appropriate clinic contact information. It is recommended that you contact the clinic directly for further information before submitting this form. Please note that it may be necessary to reach out to multiple clinics depending on where care was received.*
 - c. **Bruyère and Primrose Family Medicine Clinics.** For patients of the Bruyère Academic Family Health Team, please contact the clinic where you are a patient to obtain information on how you can submit the request form. *For Bruyère FMC, call 613-241-3344 and for Primrose FMC, call 613-230-7788.*
 - d. **Bruyère Diagnostic Imaging** is able to provide copies of images and reports for Bruyère diagnostic imaging visits. *For further information about requesting records, please contact 613-562-6262 ext. 6316*
2. **Documentation Requirements:**
 - a. A copy of the patient/POA/SDM/Executor of Estate's government issued identification must be submitted with this form (i.e. driver's licence).
 - b. If the recipient is not the patient, a copy of the requestor's government issued photo identification must also be submitted with this form (excluding Legal and Insurance requests)
 - c. Legal and Insurance requests require a formal letter of request and a copy of patient consent.
 - d. Power of Attorney requests require a copy of the Power of Attorney documentation.
 - e. Estate settlement requests require a copy of the first and last page of the will or the certification of appointment.
3. **Fees:** There are set fees related to requests for patient records, which vary based upon the method of delivery. Please contact Health Records if you require more information about the fees. (Note: For requests pertaining to Bruyère and Primrose Family Medicine Clinics, please contact the individual clinic for information about fees)
 - Photocopy (*\$30 administrative fee + \$0.25 per copy after 20 pages + tax*).
 - Digital version of health record on USB Key (*\$30 administrative fee + cost of USB Key + tax*).
 - Digital version of health record available for download via secure file sharing (*\$30 administrative fee + tax*).
4. **Consent:**
 - a. Either express written consent or implied consent is necessary for the collection, use and disclosure of personal health information. Although implied consent is generally sufficient when providing health care, there are situations where express consent must be obtained.
 - b. Express written consent must contain the original signature of the patient, the power of attorney, the substitute decision maker or the estate trustee.
 - c. The consent must be specific (relate to specific information to be disclosed), must be signed and dated within 60 days of the request, and follow, and not precede, the date that the personal health information was documented.
 - d. If the requester represents an organization such as a law firm or insurance company the request must include a separate cover letter on official letterhead giving the name and address of the person requesting the information, which reports are being requested, and the reason for the request.
 - e. Implied consent may be assumed for disclosure to a health information custodian within the circle of care, outside Bruyère Continuing Care. Written consent of the patient or substitute decision maker is not required unless we were explicitly instructed not to make the disclosure. Request must be received on official letterhead or on the organization's request for personal health information form.
 - f. The personal health information contained on this form is collected pursuant to the *Personal Health Information Protection Act, 2004* ("the Act") and will be used for the purpose of responding to your request for access pursuant to section 54 of the Act
 - g. Consult the Bruyère Continuing Care Privacy and Access to Information Officer if you have any questions at 613-562-6262, ext. 1687, or privacy@bruyere.org.
5. **Delivery Conditions:** Records provided on paper or USB are sent by regular postal mail. If you wish to pick up the records in person, please specify this on the form. Regardless of the delivery method, the recipient is responsible for protecting records from unauthorized use or disclosure.
6. **Timeline for Response:** Please allow 30 days for your request to be processed. If additional time is required, you will be notified.
7. **Expiry:** This authorization is valid for a period of 60 days following the date this document was signed. The request may be withdrawn in writing at any time. Records that are provided in electronic format are not encrypted.