



À l'intention d'un parent,
d'un fiduciaire ou d'un
mandataire spécial

Formulaire de consentement à la divulgation de renseignements médicaux

Une plainte a été formulée à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) concernant la façon dont un ou des médecins ont interagi avec un client au nom duquel vous avez la capacité de consentir à la divulgation de renseignements personnels concernant la santé.

Dans le cadre de cette enquête, l'OMCO devra obtenir les renseignements personnels pertinents concernant la santé du patient, y compris ses dossiers médicaux tenus par les médecins qui l'ont traité ou par les établissements où il a reçu des traitements.

Dans tous les cas particuliers, les renseignements personnels pertinents concernant la santé peuvent comprendre une variété de dossiers sur le patient. Cela peut aller de la date du traitement sur lequel porte la plainte à la totalité des dossiers concernant les traitements prescrits par le médecin faisant l'objet de la plainte.

L'OMCO a une obligation de confidentialité à l'égard de tous les renseignements obtenus dans le cadre de son enquête. Cependant, vous devez savoir que l'OMCO pourrait partager une partie ou la totalité des renseignements personnels concernant la santé du patient avec le ou les médecins faisant l'objet de la plainte. Si vous ou le médecin portez la décision de l'Ordre en appel, les renseignements médicaux et les autres renseignements recueillis au cours de l'enquête doivent être divulgués à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé, une tribune publique.

Je soussigné(e), , consens à la divulgation des renseignements de santé personnels de :

Nom Date de naissance

dont je suis le mandataire spécial, à l'OMCO par les médecins et les établissements suivants :

Médecin ou	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Médecin ou	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>

Je comprends les raisons pour lesquelles ce consentement est donné.

Je comprends que je peux retirer ou limiter mon consentement en tout temps en fournissant un avis écrit à l'OMCO.

Je comprends que je peux refuser de signer ce formulaire de consentement. Cependant, je comprends que le comité des enquêtes, des plaintes et des rapports de l'OMCO peut prendre des décisions en l'absence du consentement du patient.

Je signe ce consentement par l'autorité qui m'a été conférée en tant que [insérer le statut légal, par ex. fiduciaire de la succession testamentaire ou non testamentaire, plus proche parent, etc.]

Fait ce jour de année

Témoin _____ Signature du mandataire spécial _____

Nom complet en caractères d'imprimerie