



## 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 vous.

Dans le cadre de cette enquête, l'OMCO devra obtenir vos renseignements personnels pertinents concernant votre santé, y compris vos dossiers médicaux tenus par les médecins qui vous ont traité ou par les établissements où vous avez reçu des traitements. Dans tous les cas particuliers, les renseignements personnels pertinents concernant la santé peuvent comprendre une variété de dossiers. 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 de vos renseignements personnels concernant votre santé 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), , date de naissance

consens à la divulgation de mes renseignements personnels concernant ma santé à l'OMCO par les médecins et les établissements suivants :

<b>Médecin ou</b>	
Adresse	
<b>Médecin ou</b>	
Adresse	

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.

Fait ce  jour de  année :

---

Témoïn

---

Signature du patient

---

Nom du patient

Février 2013