



## Fiche d'information sur le verrouillage

### Qu'est-ce que le verrouillage?

Le verrouillage est couramment utilisé pour indiquer la possibilité pour un patient de retirer ou de refuser son consentement à l'utilisation ou à la divulgation de ses renseignements personnels sur la santé à des fins de soins de santé.

L'hôpital reconnaît que le retrait ou le refus du consentement peut prendre diverses formes, notamment les suivantes :

- de ne pas recueillir, utiliser ou divulguer un renseignement particulier que contient le dossier médical du patient (c'est-à-dire un diagnostic particulier);
- de ne pas recueillir, utiliser ou divulguer le contenu de la totalité du dossier médical du patient;
- de ne pas divulguer les renseignements personnels sur la santé du patient à un dépositaire de renseignements sur la santé ou à un ou plusieurs agents (c'est-à-dire médecins, infirmières, infirmiers ou travailleuses sociales, travailleurs sociaux);
- de ne pas permettre à un dépositaire de renseignements sur la santé ou à un agent particulier d'utiliser les renseignements personnels sur la santé du patient.

### Comment demander un verrouillage?

Remplissez et envoyez le formulaire ci-joint « Demande et consentement au verrouillage ou au déverrouillage de renseignements personnels sur la santé » au Bureau régional de protection de la vie privée.

Bureau régional de protection de la vie privée  
201, promenade Georgian  
Barrie (Ontario) L4M 6M2  
Courriel : [regionalprivacy@rvh.on.ca](mailto:regionalprivacy@rvh.on.ca)  
Télécopieur : 705 797-3110

### Comment l'hôpital active-t-il un verrouillage?

Après avoir reçu votre formulaire de demande dûment rempli, le Bureau régional de protection de la vie privée activera, dans les sept jours, un verrouillage de la manière qui se rapproche le plus de votre demande.

L'hôpital a la capacité de verrouiller électroniquement vos renseignements personnels sur la santé dans le dossier médical électronique (DME), le système MEDITECH Expanse et d'autres systèmes électroniques internes, le cas échéant.

L'hôpital peut également appliquer un verrouillage aux dossiers imprimés en garantissant la sécurité des dossiers dans le Service des dossiers médicaux.

Les demandes de verrouillage de dossiers dans des systèmes partagés externes (c.-à-d. ConnexionOntario) peuvent être transmises au propriétaire du système aux fins de traitement (c.-à-d. cyberSanté Ontario), conformément aux protocoles du système.

### **Y a-t-il des risques à activer un verrouillage?**

Le verrouillage de vos renseignements personnels sur la santé comporte certains risques dont vous devez tenir compte avant de prendre votre décision :

- Vos fournisseurs de soins de santé pourraient ne pas avoir accès aux renseignements dont ils ont besoin pour vous traiter et vous soigner en temps opportun.
- Si les renseignements sont verrouillés et que vos fournisseurs de soins de santé n'y ont pas accès il se peut que vous deviez subir des tests, des procédures et/ou des questions sur vos antécédents médicaux en double, le cas échéant.
- Il peut être plus difficile pour vos fournisseurs de soins de santé de partager vos renseignements en cas d'urgence.
- Il peut y avoir des erreurs dans les évaluations, les traitements ou les médicaments si les personnes qui vous fournissent des soins ne disposent pas de renseignements suffisants ou n'ont pas les bons renseignements à votre sujet.
- Vous pourriez ne pas bénéficier du large éventail de services que nous pouvons vous offrir.
- Il peut y avoir d'autres risques spécifiques à vous et à votre demande, que nous discuterons avec vous.

### **Qui peut annuler un verrouillage?**

Un fournisseur de soins peut annuler un verrouillage dans les circonstances suivantes :

- avec votre consentement explicite;
- dans le cas où les renseignements sont nécessaires pour réduire le risque de blessures graves pour vous-même ou d'autres.

### **Me direz-vous si mon verrouillage a été contourné?**

Oui, le Bureau régional de la protection de la vie privée surveille les dérogations au système de verrouillage et vous en informera chaque fois que vos renseignements verrouillés seront consultés.

### **Quelles sont les exclusions applicables à un verrouillage?**

Selon la loi, il y a des cas où nous sommes autorisés à recueillir, à utiliser ou à partager des renseignements personnels sur la santé vous concernant, ou les cas où nous devons le faire - sans votre permission - même si vos renseignements sont verrouillés. Une boîte à clé n'empêche pas l'hôpital ou son personnel de s'acquitter de tâches telles que :

- faire des rapports à la Société d'aide à l'enfance;
- faire un rapport au ministère des Transports, à la Santé publique ou autre rapport obligatoire; vous protéger ou protéger autrui si nous croyons qu'il y a un risque important de préjudice grave; obtenir ou traiter des paiements;
- planifier les services;
- améliorer la qualité;
- éliminer les renseignements;
- respecter une ordonnance du tribunal;
- régler des litiges;
- effectuer des recherches (avec l'approbation du Comité d'éthique de la recherche);
- enseigner au personnel à fournir des soins de santé;
- traiter le dossier clinique.

**Informez-vous les autres fournisseurs de soins de santé de l'existence du verrouillage**

Si un autre fournisseur de soins de santé demande l'accès aux renseignements verrouillés, nous lui dirons que ces renseignements sont verrouillés et qu'il doit obtenir votre consentement explicite pour y accéder (voir les raisons d'annulation ci-dessus).

**Où puis-je en savoir plus sur le verrouillage des données?**

Veillez communiquer avec le Bureau régional de protection de la vie privée en appelant le 519 941-2410, poste 2578, ou en envoyant un courriel à [privacy@headwatershealthcare.ca](mailto:privacy@headwatershealthcare.ca).



**Formulaire de demande et de consentement au verrouillage ou au déverrouillage de renseignements personnels sur la santé**

Veuillez remplir et soumettre au Bureau régional de protection de la vie privée au  
201, promenade Georgian, Barrie (Ontario), L4M 6M2, ou par courriel [regionalprivacy@rvh.on.ca](mailto:regionalprivacy@rvh.on.ca),  
ou par télécopieur au 705 797-3110.

**Partie A : Demande de verrouillage**

Je, \_\_\_\_\_, souhaite verrouiller l'utilisation, l'accès et/ou la divulgation de mes renseignements personnels sur la santé dans le cadre de recevoir des soins.

**Veuillez indiquer à quel hôpital (ou hôpitaux) vous souhaitez appliquer ce verrouillage :**

<input type="checkbox"/> Hôpital General and Marine de Collingwood	<input type="checkbox"/> Hôpital général de la baie Georgienne
<input type="checkbox"/> Headwaters Health Care Centre	<input type="checkbox"/> Centre régional de santé Royal Victoria

**Je souhaite imposer les conditions suivantes à toute utilisation, divulgation ou accès futurs de mes renseignements personnels sur la santé :**

Je ne veux pas que le ou les hôpitaux divulguent mes renseignements personnels sur la santé à un ou à des fournisseurs de soins de santé externes ou à un ou des hôpitaux particuliers (veuillez indiquer ci-dessous quel fournisseur).

Je ne veux pas que le ou les hôpitaux ou un ou des fournisseurs particuliers au sein du ou des hôpitaux utilisent ou accèdent à mes renseignements personnels sur la santé (veuillez indiquer ci-dessous quel fournisseur).

Click here to enter text.

*(Veuillez indiquer le type de renseignement personnel sur la santé, la date de la visite, le type de rapport et/ou le nom du fournisseur ou des fournisseurs, le cas échéant)*

**Conséquence de la mise en place d'un verrouillage :**

Je, \_\_\_\_\_, comprends qu'en verrouillant mes renseignements personnels sur la santé, mes fournisseurs de soins peuvent ne pas avoir accès aux renseignements dont ils ont besoin pour fournir les meilleurs soins possibles en temps voulu.

Je, \_\_\_\_\_, comprends que je peux avoir à subir des tests, des procédures et/ou des questions sur mes antécédents médicaux en double, le cas échéant, si les renseignements sont verrouillés et que les fournisseurs n'y ont pas accès.

Je, \_\_\_\_\_, comprends que les renseignements verrouillés ne peuvent être annulés qu'avec mon consentement exprès ou en cas de préjudice corporel grave pour moi-même ou d'autres personnes.

Je, \_\_\_\_\_, comprends que la mise en place d'un verrouillage n'a aucun effet rétroactif et n'affecte pas l'accès, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels sur la santé par le ou les hôpitaux lorsque cela est permis ou exigé par la loi.

Nom du patient :	
Numéro de carte de santé :	Date de naissance :
Adresse :	Téléphone :
Signature du patient :	Date :
Signature du mandataire :	Date :
Relation avec le patient :	Téléphone :

## Partie B : Retrait du verrouillage

Je, \_\_\_\_\_, souhaite supprimer les conditions de verrouillage (« déverrouillage ») de mes renseignements personnels sur la santé.

### Je désire éliminer les verrouillages suivants :

Click here to enter text.

*(Veuillez indiquer le type de renseignement personnel sur la santé, la date de la visite, le type de rapport et/ou le nom du fournisseur ou des fournisseurs, le cas échéant, et les conditions que vous souhaitez déverrouiller)*

Je, \_\_\_\_\_, comprends qu'en supprimant les conditions de verrouillage de mes renseignements personnels sur la santé, l'hôpital est en mesure d'accéder à ces renseignements, de les utiliser et de les divulguer à des fins de soins, tel qu'exigé et réglementé par les lois sur la protection de la vie privée et les soins de santé.

Nom du patient :	
Numéro de carte de santé :	Date de naissance :
Adresse :	Téléphone :
Signature du patient :	Date :
Signature du mandataire :	Date :
Relation avec le patient :	Téléphone :