

FORMULAIRE DE DEMANDE D'UN DOCUMENT SUR L'ACTIVITÉ DES UTILISATEURS

En vertu de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* [p. 24(3)], les particuliers ont le droit d'obtenir un document sur l'activité des utilisateurs. Ce document est une liste des personnes autorisées ayant consulté les renseignements médicaux personnels d'un particulier conservés dans les systèmes informatiques du ministère de la Santé et des Affaires sociales. Afin que nous puissions mieux répondre à votre demande, veuillez fournir le plus de renseignements possible.

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE VISÉE PAR LA DEMANDE DE DOCUMENT SUR L'ACTIVITÉ DES UTILISATEURS¹		
Prénom	Nom	
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		
Adresse	Ville/Localité	Code postal
Numéro de téléphone	Courriel	
Si vous agissez au nom d'une autre personne à titre de mandataire spécial, veuillez remplir la section 2. Si vous faites une demande concernant vos renseignements personnels ou vos renseignements médicaux personnels, passez à la section 3.		

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE MANDATAIRE SPÉCIAL		
Prénom	Nom	
Adresse	Ville/Localité	Code postal
Numéro de téléphone	Courriel	
<input type="checkbox"/> Je suis le mandataire spécial et je suis habilité à prendre des décisions au nom de la personne visée par la demande. (Veuillez fournir une copie de votre déclaration personnelle.)		

SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS	
Indiquez le ou les systèmes du ministère de la Santé et des Affaires sociales pour lesquels vous désirez obtenir des documents sur l'activité des utilisateurs :	
<input type="checkbox"/> Panorama (dossier de vaccination)	<input type="checkbox"/> Système d'information sur les médicaments (ordonnances)
<input type="checkbox"/> Trousse de gestion des maladies chroniques (GMC)	<input type="checkbox"/> Système d'information de laboratoire (tests de laboratoire)
<input type="checkbox"/> Registre des clients (ex. nom, adresse, téléphone)	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Le document doit montrer l'activité des utilisateurs depuis : <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 3 ans	
<input type="checkbox"/> Le document doit montrer l'activité des utilisateurs entre le : _____ et le _____	
<i>Remarque : La durée de conservation des renseignements dans les différents systèmes électroniques varie selon les systèmes, leur capacité et les pratiques en la matière.</i>	

¹ Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.

SECTION 4 : MODE DE LIVRAISON DES DOCUMENTS

Veuillez choisir :

- Je vais passer prendre les documents en personne.
- Veuillez m'envoyer les documents à l'adresse suivante :

Adresse

Ville/Localité

Code postal

SECTION 5 : AUTORISATION

Tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, exacts, et je comprends que, si je ne suis pas la personne visée par la demande, je peux être tenu de fournir des documents attestant que je suis habilité à exercer un droit d'accès au document sur l'activité des utilisateurs.

X

Signature de la personne autorisée

Date (AAAA/MM/JJ)

SECTION 6 : RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de réception de la demande :

Reçu par :

Identité du demandeur vérifiée par :

- Carte d'identité avec photo
- Autre moyen : _____

Date à laquelle le ou les documents ont été fournis :

Fournis par :

Lors du ramassage, l'identité de la personne a été vérifiée par :

- Carte d'identité avec photo
- Autre moyen : _____
- Le document ou les documents ont été envoyés par courrier.

Si vous avez des questions au sujet de ce formulaire, veuillez utiliser les coordonnées ci-après pour obtenir de l'aide. Une fois le présent formulaire rempli, veuillez l'envoyer par courrier à l'adresse indiquée ci-après.

Coordonnées

Téléphone : 867-456-3953

Sans frais au Yukon : 1-800-661-0408, poste 3953

Courriel : healthprivacy@gov.yk.ca**Adresse postale**

À l'attention de : Agent de la protection de la vie privée
Ministère de la Santé et des Affaires sociales (H-1)
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'UN DOCUMENT SUR L'ACTIVITÉ DES UTILISATEURS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES

En vertu de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux*, les particuliers ont le droit d'obtenir un document sur l'activité des utilisateurs. Ce document est une liste des personnes qui ont consulté les renseignements médicaux personnels d'un particulier, à partir de l'un ou l'autre système, à quelque moment que ce soit.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire de demande, communiquez avec l'agent de la protection de la vie privée pour le ministère de la Santé et des Affaires sociales aux coordonnées indiquées ci-après.

Section 1 : Identification de la personne visée par la demande de document sur l'activité des utilisateurs

Saisissez les nom et prénom, l'adresse postale complète et le numéro de téléphone de la personne visée par la demande. Si vous avez une adresse courriel où la correspondance peut être envoyée, saisissez-la dans l'espace prévu à cet effet (veuillez prendre note qu'aucun renseignement personnel ou renseignement médical personnel ne sera envoyé par courriel). Si nous avons besoin de plus amples renseignements pour compléter la demande, nous communiquerons avec vous. Si vous demandez un document pour vous-même, passez à la section 3. Remplissez la section 2 uniquement si vous demandez un document au nom d'une autre personne.

Section 2 : Renseignements sur le mandataire spécial

Si vous faites une demande visant à obtenir un document sur l'activité des utilisateurs concernant vos renseignements personnels ou vos renseignements médicaux personnels, ne remplissez pas cette section. Si vous demandez un document au nom d'une autre personne, vous devez être habilité à le faire et remplir la section 2. Il vous sera demandé de fournir une déclaration solennelle signée (soit une déclaration faite sous serment).

Section 3 : Renseignements demandés

Indiquez le système pour lequel vous désirez obtenir des documents et, si possible, indiquez une période de temps précise. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez communiquer avec un membre du personnel du programme ou l'agent chargé de la protection de la vie privée.

Section 4 : Mode de livraison des documents

Cochez la case indiquant la façon dont vous souhaitez obtenir vos documents. À l'heure actuelle, le ministère de la Santé et des Affaires sociales ne transmet des documents contenant des renseignements personnels ou des renseignements médicaux personnels qu'en personne ou par courrier recommandé.

Section 5 : Autorisation

Inscrivez la date, puis signez le formulaire pour attester que vous avez fourni des renseignements exacts et précis. Si vous demandez des documents sur l'activité des utilisateurs pour une autre personne, il vous sera demandé de remplir un formulaire de déclaration solennelle ou de fournir une copie d'une déclaration solennelle préalablement remplie.

Renseignements

Agent de la protection de la vie privée
Téléphone : 867-456-3953
Sans frais, au Yukon : 1-800-661-0408, poste 3953
Courriel : healthprivacy@gov.yk.ca