



LIEN SANTÉ  
NB  
HEALTH LINK

SERVICES DE SANTÉ NB  
**MEDAVIE**  
HEALTH SERVICES NB

## Demande de consultation de renseignements personnels sur la santé (v.3, 2023)

### Renseignements sur le patient

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance (MM/JJ/AAAA) :

N° d'assurance-maladie :

### Renseignements sur le requérant

Titre :

Nom de famille :

Prénom :

Adresse postale :

N° de téléphone :

N° de télécopieur\* :

\*S'agit-il d'un numéro de télécopieur sécurisé (non accessible au public)? Oui  Non

Adresse courriel\*\* :

\*\*À fournir uniquement si vous souhaitez recevoir de l'information concernant votre demande par courriel.

**Cochez la case appropriée (si vous demandez des informations sur une autre personne, veuillez fournir des documents attestant que vous êtes légalement autorisé à recevoir ces informations) :**

- Je souhaite consulter mes propres renseignements personnels sur la santé.
- Je suis le mandataire spécial du patient (incluant le parent/tuteur légal d'un patient de moins de 16 ans).
- Je suis le représentant légal/personnel du patient.
- Je suis le fournisseur de soins de santé du patient. Veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Je suis l'administrateur/l'exécuteur testamentaire du patient. Veuillez préciser de quelle façon les renseignements personnels sur la santé du patient serviront à l'administration de sa succession :  
\_\_\_\_\_
- Autre. Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

À noter : Chaque demande est examinée et traitée conformément à la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé. Si vous avez des questions au sujet du présent formulaire ou de la façon dont votre demande sera traitée, veuillez communiquer avec l'agente de la protection de la vie privée et de l'accès à l'information, au 506-872-6594.



LIEN SANTÉ  
NB  
HEALTH LINK

SERVICES DE SANTÉ NB  
**MEDAVIE**  
HEALTH SERVICES NB

## **Demande de consultation de renseignements personnels sur la santé** (v.3, 2023)

### **Au sujet de votre demande**

Par la présente, je demande à consulter les renseignements personnels sur la santé suivants (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

- Dossier(s) du patient d'Ambulance Nouveau-Brunswick
- Dossiers du patient du Programme extra-mural – unité du Programme extra-mural : \_\_\_\_\_
- Dossiers du patient de Lien Santé NB

Période visée par la demande d'information (du MM/JJ/AAAA au MM/JJ/AAAA **OU** la date précise de la prestation d'un service d'ambulance) : \_\_\_\_\_.

### **Je souhaite (veuillez cocher une case) :**

- Obtenir une copie papier du(des) dossier(s)  Consulter le(s) dossier(s)
- Obtenir une copie électronique du(des) dossier(s), si possible

**Si vous désirez obtenir une copie du(des) dossier(s), veuillez indiquer de quelle façon vous souhaitez qu'elle vous soit envoyée :**

- Adresse indiquée ci-dessus  N° de télécopieur indiqué ci-dessus  Adresse courriel indiquée ci-dessus
- Autre adresse ou numéro de télécopieur (à préciser, en plus d'indiquer le nom du destinataire, si différent) :

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Signature\***

\_\_\_\_\_  
**Date**

*\*Si vous soumettez cette demande au nom du patient, veuillez fournir la preuve que vous êtes légalement autorisé à demander et à obtenir ses renseignements personnels sur la santé.*

**Si vous soumettez votre demande en personne, un employé devra confirmer votre identité au moyen d'une pièce d'identité, puis apposer ses initiales ici : \_\_\_\_\_ (initiales)**

(suite à la page suivante)

À noter : Chaque demande est examinée et traitée conformément à la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé. Si vous avez des questions au sujet du présent formulaire ou de la façon dont votre demande sera traitée, veuillez communiquer avec l'agente de la protection de la vie privée et de l'accès à l'information, au 506-872-6594.



LIEN SANTÉ  
NB  
HEALTH LINK

SERVICES DE SANTÉ NB  
**MEDAVIE**  
HEALTH SERVICES NB

## **Demande de consultation de renseignements personnels sur la santé** (v.3, 2023)

\_\_\_\_\_  
**Nom du témoin en lettres moulées**

\_\_\_\_\_  
**Numéro de téléphone**

\_\_\_\_\_  
**Signature du témoin\*\***

\_\_\_\_\_  
**Date**

*\*\* En signant ce formulaire à titre de témoin, vous confirmez que l'auteur de la demande est bien celui qu'il prétend être.*

Si vous ne souhaitez pas faire appel à un témoin ou si vous n'êtes pas en mesure d'obtenir la signature d'un témoin, vous pouvez confirmer votre identité en incluant une copie d'une pièce d'identité telle que votre permis de conduire ou votre carte d'assurance-maladie à votre demande. Ne fournissez pas une copie de votre carte de crédit ou de votre carte d'assurance sociale comme preuve d'identité.

### **Soumission du formulaire de demande :**

#### **En personne ou par la poste :**

Agente de la protection de la vie privée et de l'accès à l'information  
210, rue John, bureau 101  
Moncton (N.-B.)  
E1C 0B8

**Par télécopieur :** (506) 872-6509

**Par courriel :** [rti@medavienb.ca](mailto:rti@medavienb.ca)

À noter : Chaque demande est examinée et traitée conformément à la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé. Si vous avez des questions au sujet du présent formulaire ou de la façon dont votre demande sera traitée, veuillez communiquer avec l'agente de la protection de la vie privée et de l'accès à l'information, au 506-872-6594.