



### Demande de correction d'un dossier médical

- Au Centre régional de santé de North Bay, nous corrigeons les renseignements versés dans un dossier médical s'il est démontré, à notre satisfaction, que le dossier n'est pas exact ou complet pour la finalité pour laquelle nous recueillons, utilisons ou divulguons les renseignements.
- Veuillez indiquer les renseignements demandés sur le formulaire et le retourner d'une des façons indiquées.
- **Nous répondrons à votre demande dans un délai de 30 jours après sa réception.**

Coordonnées du patient ou de la patiente :

Nom	Prénom	Initiales
Adresse postale		
Téléphone	Date de naissance	

**Si vous êtes un mandataire spécial, indiquez vos coordonnées ci-dessous.**

Nom	Prénom	Initiales
Adresse postale		
Téléphone	Lien avec le patient ou la patiente	

**Incluez une copie des documents qui prouvent votre mandat spécial (p. ex. procuration ou exécuteur testamentaire).**

1. Décrivez les renseignements à corriger et expliquez pourquoi vous voulez les faire corriger. Donnez plus de détails sur les renseignements qui vous semblent inexacts :
  - contenu clinique (renseignements médicaux sur un problème de santé ou votre santé)
  - renseignement démographique (nom, sexe, adresse, date de naissance)
  - autre : \_\_\_\_\_

Correction demandée	Raisons de la correction

Date et auteur des renseignements à corriger (si vous le savez) :	
---	--

De quelle façon voulez-vous être avisé(e) de la correction (p. ex. par écrit ou téléphone)?

---

Souhaitez-vous que nous informions de la correction, dans la mesure du possible, les autres personnes à qui nous avons divulgué les renseignements inexacts? Il peut s'agir de votre médecin de famille, de spécialistes ou d'autres membres du personnel soignant qui ont reçu une copie de la note originale.

- Oui  
 Non

\_\_\_\_\_  
Signature du/de la patient(e)  
ou de son mandataire

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

À remplir par le personnel du CRSNB :

Date Correction Request Received: \_\_\_\_\_

Employee's Name: \_\_\_\_\_

Employee's Signature: \_\_\_\_\_

**Envoyez votre demande :**

**Par la poste :**

Responsable, Dossiers cliniques  
Centre régional de santé de North Bay  
50, promenade College, case postale 2500  
North Bay ON P1B 0A4

**Par télécopieur :**

705 495-7931  
Attention : Responsable, Dossiers cliniques ou  
son remplaçant désigné

Directives sur l'utilisation :

1. Consulter la politique ADM-IS-014 sur l'accès aux dossiers médicaux des patients et leur correction.
2. Le patient ou la patiente ou son mandataire doit remplir le formulaire et l'envoyer au responsable des dossiers cliniques ou à son remplaçant désigné. Si le mandataire fournit des documents supplémentaires pour prouver son autorité, ces documents demeureront joints à sa demande.
3. Le responsable des dossiers médicaux ou son remplaçant désigné doit dater et signer le formulaire à sa réception.
4. Le formulaire sera conservé dans la section réservée à la correspondance au service des dossiers médicaux.