

<input type="checkbox"/>	Clinique multidisciplinaire en santé (Ergothérapie/Orthophonie/Soins infirmiers)	819 376-5190
<input type="checkbox"/>	Clinique universitaire de podiatrie	819 376-5104
<input type="checkbox"/>	Clinique universitaire de chiropratique	819 376-5212
<input type="checkbox"/>	Clinique universitaire de kinésiologie et de thérapie du sport	819 376-5114
<input type="checkbox"/>	Clinique universitaire de services psychologiques	819 376-5088

## FORMULAIRE – AVIS DE REFUS

Apposer l'étiquette d'identification ici

Vérifier que les renseignements ci-dessus sont exacts et corriger au besoin.

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### ORGANISME

L'Université du Québec à Trois-Rivières a mis sur pied la Clinique multidisciplinaire en santé, la Clinique universitaire de podiatrie, la Clinique universitaire de chiropratique, la Clinique universitaire de kinésiologie et de thérapie du sport et la Clinique universitaire de services psychologiques (ci-après appelée(s) la/les « clinique(s) universitaire(s) en santé »).

Faisant suite à votre demande de services et des soins de santé auprès de l'une de ces cliniques (ci-après appelée la « clinique universitaire en santé fréquentée »), nous vous informons que vous pouvez refuser qu'un renseignement de santé ou de services sociaux vous concernant, présent ou à venir, soit accessible aux personnes suivantes à compter du moment où le renseignement est détenu par la clinique universitaire en santé fréquentée :

1. Votre conjoint(e) ou un proche parent, si l'accès envisagé s'inscrit dans un processus de deuil;
2. Votre conjoint(e), votre ascendant(e) direct(e) ou votre descendant(e) direct(e), s'il s'agit d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
3. Une personne chercheuse, si l'accès envisagé est à des fins de sollicitation en vue de votre participation à un projet de recherche;
4. Une personne chercheuse qui n'est pas liée<sup>1</sup> à :
  - Un organisme visé à l'annexe I de la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (R-22.1);
  - Un établissement public; ou
  - Un établissement privé conventionné qui exploite un centre hospitalier.

Le refus énoncé au point quatre (4) peut viser un ou plusieurs renseignements et peut porter sur une ou plusieurs thématiques de recherche ou catégories d'activités de recherche.

### REFUS

Nom et coordonnées de la personne concernée par les renseignements :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Si la personne concernée est une personne mineure de moins de 14 ans ou une personne inapte :

Nom de la personne qui formule l'avis : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Une personne chercheuse est liée à l'organisme ou aux établissements précités lorsqu'elle exerce sa profession dans un centre exploité par un tel établissement ou qu'elle fait de la recherche pour le compte d'un tel établissement ou d'un tel organisme dans le cadre d'un contrat de travail ou de service.

### Personne(s) à qui le refus s'applique :

- Votre conjoint(e), l'accès envisagé s'inscrivant dans un processus de deuil;
- Votre proche parent, l'accès envisagé s'inscrivant dans un processus de deuil;
- Votre conjoint(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Votre ascendant(e) direct(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Votre descendant(e) direct(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Une personne chercheuse, l'accès envisagé étant à des fins de sollicitation en vue de votre participation à un projet de recherche;

- Une personne chercheuse qui n'est pas liée à l'organisme ou aux établissements précités, l'accès envisagé se détaillant comme suit :

- Renseignement(s) visé(s) par le refus :

\_\_\_\_\_

- Thématique(s) de recherche ou catégorie(s) d'activité(s) de recherche visée(s) par le refus :

\_\_\_\_\_

Identification de la ou des personne(s) concernée(s) par le refus, s'il y a lieu :

\_\_\_\_\_

### EFFECTIVITÉ

Le refus devra être effectif à compter de la date suivante :

\_\_\_\_\_

### DURÉE

Le refus n'a pas de date limite. Il est présent jusqu'à ce que vous le modifiiez ou la retirez.

Vous pouvez retirer ou modifier votre refus en tout temps, au moyen du formulaire complémentaire se trouvant en annexe.

### LEVÉE DE LA RESTRICTION

Le refus de l'accès ne peut être levé que lorsque la communication des renseignements est exigée par la loi.

### RESPONSABLE DE LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS

Toute question concernant la protection de vos renseignements et tout enjeu concernant l'application de vos droits peut être soumis au Responsable de l'accès aux documents et Responsable de la protection des renseignements, Me Éric Hamelin, à l'adresse suivante : [renseignements.personnels@uqtr.ca](mailto:renseignements.personnels@uqtr.ca).

### ATTESTATION

- J'atteste, par la présente, avoir lu et pleinement compris le présent formulaire et avoir obtenu réponse à mes questions, le cas échéant.

**SIGNATURE**

Personne de 14 ans et plus

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Personne de moins de 14 ans ou personne inapte

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom de la personne représentante légale : \_\_\_\_\_

En qualité de : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de celle de la personne concernée) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

2e signature (si nécessaire) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Section réservée à la clinique universitaire en santé fréquentée**

L'identité, l'âge et l'existence d'un régime de protection ont été vérifiés auprès de la personne en cause, et le contenu du formulaire de consentement a été expliqué.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne professionnelle

\_\_\_\_\_  
Date

**ANNEXE – AVIS DE MODIFICATION OU DE RETRAIT D'UNE RESTRICTION**

Nom et coordonnées de la personne concernée par les renseignements :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Si la personne concernée est une personne mineure de moins de 14 ans ou une personne inapte :

Nom de la personne qui formule l'avis : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**Demande de modification du refus**

Personne(s) à qui le refus modifié s'applique :

- Votre conjoint(e), l'accès envisagé s'inscrivant dans un processus de deuil;
- Votre proche parent, l'accès envisagé s'inscrivant dans un processus de deuil;
- Votre conjoint(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Votre ascendant(e) direct(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Votre descendant(e) direct(e), dans le cas d'un renseignement relatif à la cause de votre décès;
- Une personne chercheuse, l'accès envisagé étant à des fins de sollicitation en vue de votre participation à un projet de recherche;
- Une personne chercheuse qui n'est pas liée à l'organisme ou aux établissements précités, l'accès envisagé se détaillant comme suit :

▪ Renseignement(s) visé(s) par le refus modifié :

\_\_\_\_\_

▪ Thématique de recherche ou catégorie(s) d'activité(s) de recherche visée(s) par le refus modifié :

\_\_\_\_\_

Identification de la ou des personnes concernées par le refus modifié, s'il y a lieu :

\_\_\_\_\_

**Demande de retrait du refus**

**EFFECTIVITÉ**

Le retrait ou la modification du refus devra être effectif à compter de la date suivante : \_\_\_\_\_.

**ATTESTATION**

- J'atteste, par la présente, avoir lu et pleinement compris la présente annexe et avoir obtenu réponse à mes questions, le cas échéant.

**SIGNATURE**

Personne de 14 ans et plus

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Personne de moins de 14 ans ou personne inapte

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom de la personne représentante légale : \_\_\_\_\_

En qualité de : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de celle de la personne concernée) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

2e signature (si nécessaire) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Section réservée à la clinique universitaire en santé fréquentée**

L'identité, l'âge et l'existence d'un régime de protection ont été vérifiés auprès de la personne en cause, et le contenu du formulaire de consentement a été expliqué.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne professionnelle

\_\_\_\_\_  
Date