

- Service de psychologie** 819 376-5011, poste 6056  
 **Service de santé** 819 376-5011, poste 6057

## FORMULAIRE – AVIS DE RESTRICTION

Apposer l'étiquette d'identification ici

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

### ORGANISME

L'Université du Québec à Trois-Rivières a mis sur pied des services aux étudiants en matière de psychologie et de santé.

Faisant suite à votre demande de services et de soins de santé auprès de l'un de ces services (ci-après appelé le « service aux étudiants fréquenté »), nous vous informons que vous pouvez restreindre l'accès aux renseignements de santé et de services sociaux vous concernant détenus par le service aux étudiants fréquenté en déterminant qu'un(e) intervenant(e) spécifique ou qui appartient à une catégorie d'intervenant(e)s que vous indiquez ne peut avoir accès à un ou à plusieurs renseignements que vous identifiez.

### RESTRICTION

Nom et coordonnées de la personne concernée par les renseignements :

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

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Dans le cas où 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 : \_\_\_\_\_

Identité de l'intervenant(e) ou description de la catégorie d'intervenant(e)s visé(e)s par la restriction :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Description des renseignements visés par la restriction :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### EFFECTIVITÉ

La restriction devra être effective à compter de la date suivante : \_\_\_\_\_.

### DURÉE

La restriction n'a pas de date limite. Elle existe jusqu'à ce que vous la modifiez ou la retirez.

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

### LEVÉE DE LA RESTRICTION

Une restriction ne peut être levée que dans les cas suivants :

- Lorsqu'elle risque de mettre en péril votre vie ou votre intégrité et qu'il est impossible d'obtenir, en temps utile, votre consentement pour la lever;
- Lorsque la communication des renseignements est exigée par la loi.

### INFORMATIONS

Subséquent à la réception du présent avis, un membre du personnel de l'UQTR désigné vous joindra afin de vous informer des conséquences potentielles et des risques associés à l'exercice du droit de restriction.

### 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 au service aux étudiants fréquenté

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 ou intervenante

\_\_\_\_\_  
 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 de la restriction**

Identité de l'intervenant(e) ou description de la catégorie d'intervenant(e)s visé(e)(s) par la restriction modifiée :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Description des renseignements visés par la restriction modifiée :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Demande de retrait de la restriction**

**EFFECTIVITÉ**

Le retrait ou la modification de la restriction 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 au service aux étudiants fréquenté**

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 ou intervenante

\_\_\_\_\_  
Date