

<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 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 (ci-après appelée l'« UQTR ») 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 restreindre l'accès aux renseignements de santé et de services sociaux vous concernant détenus par la clinique universitaire en santé fréquentée 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

Subséquentement 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.

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 du 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 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 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 du la personne professionnelle

Date