

# Formule de plainte relative à une demande d'accès ou de rectification

Plainte déposée conformément à la *Loi sur la protection  
des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)*

**Rem. :** Dans la LPRPS, une personne ou une organisation qui a la garde ou le contrôle de renseignements personnels sur la santé en vue de fournir des soins de santé est un « dépositaire de renseignements sur la santé ».

Votre plainte devrait être envoyée à l'attention du **registraire**.

---

## Renseignements vous concernant

M.     M<sup>ME</sup>     M<sup>LLE</sup>

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_ INITIALE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ APP. \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (JOUR) \_\_\_\_\_ (SOIR) \_\_\_\_\_

COURRIEL\* \_\_\_\_\_

\* Je consens à ce que l'on communique avec moi à cette adresse de courriel ou à celle de mon représentant. Je reconnais que la transmission de courriels sur Internet n'est pas sécurisée, et que les courriels peuvent être interceptés, altérés ou retransmis.

---

## Renseignements concernant votre représentant (À remplir uniquement si quelqu'un vous représente.)

J'autorise la personne suivante à agir en mon nom et à recevoir les renseignements personnels sur la santé me concernant qui sont nécessaires aux fins de la présente plainte.

LA PERSONNE QUI ME REPRÉSENTE EST :     UN(E) AVOCAT(E)     UN(E) AGENT(E)     M.     M<sup>ME</sup>     M<sup>LLE</sup>

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_ INITIALE \_\_\_\_\_

NOM DE L'ENTREPRISE, \_\_\_\_\_  
DE L'ASSOCIATION OU DE L'ORGANISME

ADRESSE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (JOUR) \_\_\_\_\_ (SOIR) \_\_\_\_\_

ADRESSE DE COURRIEL \_\_\_\_\_

---

## Renseignements sur le dépositaire de renseignements sur la santé

Nom du dépositaire de renseignements sur la santé visé par la plainte : \_\_\_\_\_

---

### Consentement à traiter la plainte relative à une demande d'accès ou de rectification

- Je consens à ce que le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario inspecte des dossiers médicaux contenant des renseignements personnels sur la santé me concernant, ou demande des éléments de preuve ou d'information à leur sujet aux fins du traitement de la plainte relative à une demande d'accès ou de rectification.
- 

### Consentement à divulguer votre nom au dépositaire de renseignements sur la santé visé par la plainte

**Veillez cocher *une seule* case :**

- Je consens à ce que mon nom soit divulgué au dépositaire de renseignements sur la santé aux fins de l'enquête relative à la plainte.
- Je ne consens pas à ce que mon nom soit divulgué au dépositaire de renseignements sur la santé.
- 

### Consentement à fournir une copie de la documentation au dépositaire de renseignements sur la santé

**Veillez cocher *une seule* case :**

- Je consens à ce qu'une copie de la présente formule et de tous les documents joints soit fournie au dépositaire de renseignements sur la santé.
- Je ne consens pas à ce qu'une copie de la présente formule et de tous les documents joints soit fournie au dépositaire de renseignements sur la santé.
- 

### Pièces jointes

Les documents suivants sont joints :

- Copie de la demande.
- Copie de la décision du dépositaire de renseignements sur la santé.

## Détails concernant la plainte relative à l'accès ou à la rectification

Veuillez cocher la ou les cases qui expliquent les motifs de votre plainte :

- Avis réputé donné du refus** – Il y a plus de 30 jours que j'ai présenté ma demande et je n'ai pas reçu de réponse.
- Accès accéléré** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a refusé de traiter d'urgence ma demande d'accès, en moins de 30 jours.
- Exceptions** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a indiqué qu'une partie ou la totalité des documents auxquels j'ai demandé l'accès font l'objet d'une exception, mais je crois que plus de documents devraient être divulgués.
- Décision provisoire** – En raison du nombre de documents en cause, le dépositaire de renseignements sur la santé a examiné un échantillon des documents ou consulté une employée ou un employé expérimenté, m'a informé(e) des exceptions qui pourraient s'appliquer et m'a présenté une estimation des droits à acquitter. Je ne suis pas d'accord avec le montant indiqué dans l'estimation.
- Droits à acquitter/estimation des droits** – Le dépositaire de renseignements sur la santé m'a envoyé une décision concernant l'accès qui comprenait des droits à acquitter ou une estimation des droits que je juge excessifs.
- Suppression des droits** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a refusé de supprimer les droits tels que je l'avais demandé.
- Caractère raisonnable des recherches** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a indiqué qu'une partie ou la totalité des documents auxquels j'ai demandé l'accès n'existent pas, mais je crois que plus de documents existent.
- Prorogation de délai** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a décidé de prolonger le délai pour répondre à ma demande et je ne suis pas d'accord.
- Documents non divulgués** – Le dépositaire de renseignements sur la santé m'a accordé l'accès aux documents demandés mais je ne les ai pas reçus.
- Documents exclus** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a indiqué que les documents auxquels j'ai demandé l'accès sont exclus de l'application de la LPRPS et je ne suis pas d'accord.
- Demande frivole ou vexatoire** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a indiqué que ma demande est frivole ou vexatoire et je ne suis pas d'accord.
- Refus de confirmer ou de nier** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a refusé de confirmer ou de nier l'existence des documents auxquels j'ai demandé l'accès.
- Rectification** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a refusé de rectifier les renseignements personnels me concernant.
- Autre** – Veuillez expliquer :

---

## Règlement de la plainte relative à l'accès ou à la rectification

Veillez décrire ce que vous avez fait, le cas échéant, pour tenter de régler votre plainte relative à l'accès ou à la rectification auprès du dépositaire de renseignements sur la santé.

Veillez indiquer comment votre plainte pourrait être réglée.

---

## Renseignements concernant la procédure de traitement des plaintes relatives à l'accès ou à la rectification

Communiquez avec le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario au 416 326-3333 ou, sans frais, au 1 800 387-0073, ou encore visitez son site Web à [www.ipc.on.ca](http://www.ipc.on.ca).

---

## Où envoyer la présente formule

Adressez la formule remplie à :

Registraire  
Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario  
1400-2, rue Bloor Est  
Toronto (Ontario)  
M4W 1A8

---

## Signature

VOTRE SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_