

En vertu de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* (paragraphe 24(3)), les particuliers ont le droit d'obtenir un document sur l'activité des utilisateurs. Ce document est une liste des personnes autorisées ayant consulté les renseignements médicaux personnels d'un particulier conservés dans les systèmes informatiques du ministère de la Santé et des Affaires sociales. Veuillez fournir le plus de renseignements possible pour nous aider à trouver les données.

Si vous avez besoin d'assistance pour remplir le formulaire, communiquez avec l'agent ou l'agent de la protection de la vie privée du ministère de la Santé et des Affaires sociales

Téléphone : 867-667-5919 • Sans frais au Yukon : 1-800-661-0408, poste 5919

Courriel : [healthaccess@yukon.ca](mailto:healthaccess@yukon.ca)

Renseignements sur la personne visée par la demande de document sur l'activité des utilisateurs			
Prénom	Nom de famille		Date de naissance AAAA - MM - JJ
Adresse		Ville/Localité	Code postal
Courriel		Téléphone	
Renseignements sur le décisionnaire remplaçant (le cas échéant)			
Si vous agissez au nom d'une autre personne à titre de décisionnaire remplaçant, veuillez remplir cette section. Si vous faites une demande concernant vos renseignements médicaux personnels à vous, passez à la section suivante.			
Prénom	Nom de famille		
Adresse		Ville/Localité	Code postal
Courriel		Téléphone	
<input type="checkbox"/> Je suis le décisionnaire remplaçant et j'ai l'autorisation de prendre des décisions au nom de la personne visée par la demande. Ci-joint une copie de ma déclaration solennelle.			
Renseignements demandés			
Cochez la case correspondant aux systèmes du ministère de la Santé et des Affaires sociales pour lesquels vous souhaitez obtenir des documents sur l'activité des utilisateurs:			
<input type="checkbox"/> Panorama (dossier de vaccination)		<input type="checkbox"/> Système d'information sur les médicaments (ordonnances)	
<input type="checkbox"/> Trousse de gestion des maladies chroniques		<input type="checkbox"/> Système d'information de laboratoire (tests de laboratoire)	
<input type="checkbox"/> Registre de la clientèle (ex. nom, adresse, téléphone)		<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Le document doit montrer l'activité des utilisateurs :			
<input type="checkbox"/> de la dernière année		<input type="checkbox"/> des deux dernières années	
<input type="checkbox"/> des trois dernières années			
<input type="checkbox"/> du <u>AAAA - MM - JJ</u> au <u>AAAA - MM - JJ</u>			
<b>Note :</b> La durée de conservation des renseignements dans les différents systèmes varie selon la capacité et les pratiques de rétention d'information de chacun.			

## Mode de livraison des documents

Comment souhaitez-vous recevoir les documents?

- Je passerai prendre les documents en personne.  
 Veuillez m'envoyer les documents par courriel à :

Courriel

- Veuillez m'envoyer les documents par la poste à :

Adresse

Ville/Localité

Code postal

## Autorisation

Tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, exacts, et je comprends que, si je ne suis pas la personne visée par la demande, je peux être tenu de fournir des documents attestant que je peux exercer un droit d'accès au document sur l'activité des utilisateurs.

AAAA-MM-JJ

Signature de la personne autorisée

Date

## Réservé à l'administration

Reçu le

Reçu par

Identité du demandeur vérifiée par :

- Pièce d'identité avec photo  
 Autre moyen : \_\_\_\_\_

Date de dépôt des documents

Déposés par

Identité de la personne qui prend possession des documents vérifiée par :

- Pièce d'identité avec photo  
 Autre moyen : \_\_\_\_\_  
 Documents envoyés par la poste

### **Veillez soumettre le formulaire dûment rempli par la poste :**

À l'attention du Bureau de l'accès à l'information  
Santé et Affaires sociales (H-27)  
C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

### **ou en personne (sur rendez-vous) à**

Bureau de l'accès à l'information  
204, rue Lambert, bureau 300  
Whitehorse (Yukon)