

Lignes directrices pour remplir le formulaire « Demande de correction à des renseignements médicaux personnels (RMP) »

Ce formulaire doit être utilisé lorsqu'un particulier (un patient à l'hôpital, un client qui reçoit des services de santé communautaire ou un résident dans un foyer de soins de longue durée) demande d'apporter des corrections à ses propres RMP, ou lorsque la personne autorisée à exercer les droits d'un particulier demande d'apporter des corrections aux RMP du particulier concerné.

Partie 1 : Renseignements sur le patient/client/résident

- Inscrivez le nom de famille, le prénom, la date de naissance, le numéro de la carte de santé (le numéro NIMP de 9 chiffres du Manitoba ou le numéro de la carte de santé provenant d'une autre compétence), l'adresse complète et les numéros de téléphone du particulier que les renseignements concernent.

Partie 2 : Je demande la correction suivante :

- Précisez la date ou les dates et le lieu de la prestation des services de soins de santé; incluez le nom de l'hôpital, du foyer de soins de longue durée, de la clinique, du centre de santé communautaire ou du programme (sage-femme, soins à domicile, santé publique, santé mentale).
- Précisez les corrections à apporter aux renseignements médicaux personnels. Indiquez les renseignements présumés inexacts selon le particulier et, si possible, donnez les renseignements présumés corrects selon le particulier.
- Indiquez si la demande concerne les RMP propres au patient/client/résident; si oui, cochez « oui », si non, cochez « non » et remplissez la partie 3.

Partie 3 : Personne autorisée à exercer les droits d'un particulier

- Inscrivez le nom de famille, le prénom, l'adresse complète et les numéros de téléphone de la personne autorisée à exercer les droits du particulier que les renseignements concernent.
- Choisissez la catégorie ci-dessous qui décrit votre autorisation d'exercer les droits du particulier concerné :
 - (a) toute personne ayant obtenu l'autorisation écrite du particulier concerné indiquant qu'elle peut exercer les droits du particulier;
 - (b) un mandataire nommé par le particulier en vertu de la *Loi sur les directives en matière de soins de santé*;
 - (c) un curateur nommé au nom du particulier en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, si le curateur a l'autorisation de prendre des décisions en matière de soins de santé au nom du particulier;
 - (d) un décideur substitut en matière de soins personnels, nommé au nom du particulier en vertu de la *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*, si le pouvoir d'agir est lié à l'autorisation et aux responsabilités du décideur substitut;
 - (e) le parent ou le tuteur d'un mineur, si le mineur est incapable de prendre ses propres décisions en matière de soins de santé;
 - (f) dans le cas d'une personne décédée, son représentant personnel.

S'il est raisonnable de croire qu'il n'existe aucune personne citée dans l'une ou l'autre catégorie ci-dessus ou qu'aucune de ces personnes n'est disponible, le majeur cité dans les catégories suivantes, selon l'ordre donné, et qui serait facilement disponible et voudrait agir au nom du particulier, pourrait exercer les droits du particulier frappé d'incapacité :

- | | |
|--|----------------------------|
| (a) l'époux ou l'épouse du particulier, ou son conjoint ou sa conjointe de fait, avec qui le particulier habite; | (f) un grand-parent; |
| (b) le fils ou la fille; | (g) un petit-enfant; |
| (c) le père ou la mère, si le particulier est majeur; | (h) une tante ou un oncle; |
| (d) un frère ou une sœur; | (i) un neveu ou une nièce. |
| (e) une personne avec qui le particulier a une relation personnelle intime; | |

Rang de naissance : Le plus aîné de deux parents ou plus, cités dans l'une ou l'autre catégorie ci-dessus, sera toujours préféré aux autres parents de la même catégorie.

- Inscrivez l'adresse complète et les numéros de téléphone de la personne autorisée à exercer les droits du particulier que les renseignements concernent.

Partie 4 : Signature

- Signature du patient/client/résident ou de la personne autorisée à exercer les droits du particulier concerné (selon la description aux parties 1 ou 3).
- Date de la demande.

Partie 5 : Autres

- La signature de l'agent de la protection de la vie privée.
- La date à laquelle la demande a été reçue.
- Le formulaire, « Demande de corrections à des renseignements médicaux personnels (RMP) » dûment rempli, doit être classé dans le dossier du patient/client/résident.