

QUESTIONNAIRE POUR UNE PLAINTÉ PORTANT SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE, À L'OMBUDSMAN DU MANITOBA, EN VERTU DE LA LOI SUR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS (LRMP)

Veillez répondre aux questions suivantes au sujet de votre plainte portant sur la protection de la vie privée. Si vous avez besoin de plus d'espace pour vos réponses, attachez une autre page. Envoyez ce questionnaire et un formulaire de plainte LAIPVP à l'Ombudsman du Manitoba.

Ombudsman du Manitoba
500, avenue Portage, bureau 750
Winnipeg (Manitoba) R3C 3X1
Tél. : 204-982-9130 sans frais 1-800-665-0531
Télec. : 204-942-7803
Site Web : www.ombudsman.mb.ca

PLAINTÉ PORTANT SUR L'UTILISATION DE VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

Cette plainte porte sur l'utilisation (manutention, traitement et partage), par un dépositaire, de renseignements médicaux personnels consignés à votre sujet. Les dépositaires comprennent : les professionnels de la santé, comme les médecins, les dentistes, et les physiothérapeutes ; les agences de services de santé, comme les hôpitaux, les résidences de soins privés et les cliniques ; les agences de soins de santé ; les organismes publics régis par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP), comme les agences et les ministères du gouvernement provincial, les organismes de gouvernements locaux (p. ex. : la Ville de Winnipeg, les municipalités, les districts de gouvernements locaux, les districts de planification et d'aménagement), les organismes éducatifs (divisions scolaires, universités et collèges) et les organismes sanitaires (comme les offices régionaux de la santé).

- 1. Quel est le nom, le numéro de téléphone et l'adresse du dépositaire contre lequel vous déposez une plainte ?**

- 2. Veuillez fournir une description des renseignements médicaux personnels qui ont été utilisés par le dépositaire ou au sein de son organisme. Si vous avez une copie des renseignements, veuillez la joindre à ce questionnaire.**

3. Décrivez comment les renseignements médicaux personnels ont été utilisés par le dépositaire.

4. À quelle date ou à quelle période les renseignements médicaux personnels ont-ils été utilisés par le dépositaire ou au sein de son organisme ?

5. Expliquez pourquoi vous croyez que l'utilisation est une violation de votre vie privée.

6. Décrivez toute action que vous avez entreprise, auprès du dépositaire, pour résoudre votre inquiétude au sujet de la violation de la vie privée. Inclure le nom du personnel à qui vous avez parlé au sujet de votre inquiétude sur de la violation de la vie privée. Veuillez joindre toute correspondance que vous avez eue avec le dépositaire au sujet de votre inquiétude sur la violation de la vie privée.

Votre nom : _____ Numéro de téléphone le jour : _____

Adresse postale : _____
