

**LA LOI SUR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS (LRMP)  
FORMULAIRE DE PLAINTE AUPRÈS DE L'OMBUDSMAN DU MANITOBA  
AU SUJET DE L'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS**

Une plainte déposée auprès de l'Ombudsman du Manitoba en vertu de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* (LRMP) doit être effectuée par écrit.

Vous pouvez écrire une lettre de plainte à l'Ombudsman ou utiliser le présent formulaire pour déposer une plainte au sujet de l'accès à vos renseignements médicaux personnels.

Ombudsman du Manitoba  
500 avenue Portage, bur. 750  
Winnipeg (Manitoba) R3C 3X1  
Téléphone : 204-982-9130  
Sans frais : 1-800-665-0531  
Télécopieur : 204-942-7803  
Site Internet : [www.ombudsman.mb.ca](http://www.ombudsman.mb.ca)

**Remplir les deux pages de ce formulaire**

**Expédier le formulaire complété à :** Ombudsman du Manitoba  
500 avenue Portage, bur. 750  
Winnipeg (Manitoba) R3C 3X1

**Télécopieur : 204-942-7803**

**VOS RENSEIGNEMENTS**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone durant la journée : \_\_\_\_\_ Autre n° : \_\_\_\_\_

Un message peut-il être laissé à votre numéro de jour ?  Oui  Non

(ne compléter **que si** vous voulez être représenté(e) par une autre personne)

J'autorise la personne suivante à agir en mon nom pour recevoir tous renseignements médicaux personnels me concernant nécessaires aux fins de la présente plainte.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone le jour : \_\_\_\_\_ Autre numéro : \_\_\_\_\_

Un message peut-il être laissé à votre numéro de jour ?  Oui  Non

## PLAINTÉ PORTANT SUR L'ACCÈS À L'INFORMATION

Nom du dépositaire visé par votre plainte : \_\_\_\_\_

Adresse et numéro de téléphone, si connus : \_\_\_\_\_

**[Dépositaire** signifie un professionnel de la santé, un établissement de soins de santé, un organisme public, ou une agence de services de santé]

Veillez joindre copies de tous documents pertinents à votre plainte, si possible (p. ex., lettre de demande au dépositaire et la réponse du dépositaire).

Veillez cocher **une** des réponses suivantes :

**AUCUNE RÉPONSE** Je n'ai pas reçu de réponse du dépositaire à ma demande de renseignements.

1) Ma demande de renseignements médicaux personnels porte sur :

les soins que je reçois actuellement à titre de malade hospitalisé(e)  
[le dépositaire doit répondre dans les 24 heures]

les soins que je reçois actuellement en consultation externe  
[le dépositaire doit répondre dans les 72 heures]

les soins qui me sont actuellement dispensés en dehors d'une situation hospitalière  
[le dépositaire doit répondre dans les 72 heures]

des renseignements médicaux personnels qui ne portent pas sur des soins actuels  
[le dépositaire doit répondre dans les 30 jours]

2) Ma demande a été faite : (**cocher une réponse**)  verbalement  par écrit  
(Décrire les renseignements médicaux personnels demandés, ou si possible, joindre une copie de votre demande écrite)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Date de la demande : \_\_\_\_\_ Heure de la demande : \_\_\_\_\_

**Droits** J'ai été informé(e) que des droits s'appliquent. Je conteste le montant des droits.

**Refus d'accès** On m'a refusé l'accès en tout ou en partie aux renseignements médicaux personnels me concernant, que j'ai demandés.

**Correction** Ma demande de correction à mes renseignements médicaux personnels tel que prévu à l'article 12 de la LRMP a été refusée.

**Autre** Veuillez décrire votre plainte : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Votre signature :**

**Date :**