

Reinstating Access to Information in the Ontario Laboratories Information System (OLIS) Reinstatement of Consent

Instructions

Complete this form if you want ALL your laboratory test requests and results (Laboratory Test Information) made accessible through OLIS to the Ministry of Health and Long-Term Care (Ministry) and to ALL participating health care providers involved in your care.

The Ontario Laboratories Information System (OLIS) is a secure electronic system that allows authorized health care providers and laboratories to share information about laboratory test requests and results (Laboratory Test Information). Authorized health care providers use OLIS to access Laboratory Test Information, in real time, for health care purposes.

Having previously withdrawn consent to access my Laboratory Test Information in OLIS, I now hereby wish to reinstate consent to the sharing of ALL my Laboratory Test Information in OLIS with the Ministry and with ALL participating Ontario health care providers involved in my care. I understand that I may also temporarily reinstate consent to share ALL of my Laboratory Test Information in OLIS with a SPECIFIC health care provider by communicating my instructions at the time I receive care. Such an instruction will allow that health care provider to access ALL of my Laboratory Test Information through OLIS for a limited period of time.

Please note that you cannot reinstate consent for specific test information.

If I later decide that I do not want ALL of my Laboratory Test Information in OLIS to be made accessible to the Ministry and to ALL participating Ontario health care providers involved in my care, I understand that I continue to have the right to withdraw my consent either by completing a **Withdrawal of Consent Form** and submitting it to any participating laboratory, or by contacting Service Ontario at 1 800 291-1405 (TTY 1 800 387-5559).

Patient Information

Last Name	First Name	Middle Initial
Ontario Health Number (including version code)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth (yyyy/mm/dd)

Patient Mailing Address

Unit Number	Street Number	Street Name	PO Box
City/Town		Province	Postal Code

Alternate Identifier (Complete this section only if you do not have an Ontario Health Card Number)

Alternate Province Health Number	Province
Medical Record Number	Name of Facility that issued Medical Record Number (e.g. Hospital)

Facility Mailing Address

Unit Number	Street Number	Street Name	PO Box
City/Town		Province	Postal Code

Signatures

Signature of the patient or his/her substitute decision-maker	Date (yyyy/mm/dd)
---------------------------------------------------------------	-------------------

If a substitute decision-maker has signed, that person must print his or her name below.

Last Name	First Name
-----------	------------

Identity of substitute decision-maker (Check one)

Parent
 Guardian
 Representative appointed by Consent and Capacity Board
 Sibling (specify): _____
 Spouse/Partner
 Child
 Attorney for Personal Care
 Other Relative (specify): _____

The information on this form will be collected and used by participating laboratories, the Ministry and eHealth Ontario to process your request to reinstate access to your Laboratory Test Information contained in OLIS. By completing this form, you are consenting to the collection and use of the information in this form as well as your personal health information that is held in OLIS for the purpose of processing your request. Ministry staff or other authorized agents of the Ministry may contact you to verify the contents of this form, or to request additional information that may be necessary to process your request. For more information, please contact ServiceOntario toll-free at 1 800 291-1405 or 416 327-0956 or visit the Ministry's website at www.Ontario.ca/YourhealthPrivacy.

Instructions

Remplissez ce formulaire si vous voulez que TOUTES vos demandes et TOUS vos résultats d'analyses de laboratoire (l'information sur les analyses de laboratoire) soient accessibles, par l'entremise du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO), au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (ministère) et à TOUS les fournisseurs de soins de santé participant à vos soins.

Le SILO est un système électronique sécurisé qui permet aux fournisseurs de soins de santé autorisés et aux laboratoires de partager l'information sur les demandes et les résultats d'analyses de laboratoire (l'information de laboratoire). Les fournisseurs de soins de santé autorisés utilisent le SILO pour accéder à l'information sur les analyses de laboratoire en temps réel aux fins des soins de santé.

Après avoir retiré mon consentement à l'accès à l'information sur mes analyses de laboratoire contenue dans le SILO, je souhaite à présent rétablir mon consentement au partage de TOUTE l'information sur mes analyses de laboratoire contenue dans le SILO, avec le ministère et avec TOUS les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario participant à mes soins. Il est entendu que je peux aussi rétablir provisoirement mon consentement au partage de TOUTE l'information sur mes analyses de laboratoire contenue dans le SILO avec un fournisseur de soins de santé PARTICULIER en donnant les directives utiles au moment de recevoir des soins. Mes directives permettront au fournisseur de soins de santé d'accéder à TOUTE l'information sur mes analyses de laboratoire par l'entremise du SILO pendant une période déterminée.

Veillez noter que vous ne pouvez pas rétablir votre consentement en vue du partage de l'information concernant des analyses particulières.

Si, ultérieurement, je décide que je ne veux pas que TOUTE l'information sur mes analyses de laboratoire contenue dans le SILO soit accessible au ministère et à TOUS les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario participant à mes soins, il est entendu que je conserve le droit de retirer mon consentement, soit en remplissant un formulaire de Retrait du consentement et en le soumettant à tout laboratoire participant, soit en communiquant avec ServiceOntario au 1 800 291-1405 (ATS : 1 800 387-5559).

Renseignements sur le patient

Nom de famille		Prénom		Initiale
Numéro d'Assurance-santé (y compris le code de version)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Adresse postale du patient				
Numéro d'unité	Numéro de la rue	Nom de la rue		Case postale
Ville		Province		Code postale

Identifiant de rechange (remplir cette section seulement si vous n'avez pas un numéro de carte Santé)

Numéro d'Assurance-santé d'une autre province		Province		
Numéro de dossier médical		Nom de l'établissement qui a émis le numéro de dossier médical (p. ex. un hôpital)		

Adresse postale de l'établissement

Numéro d'unité	Numéro de la rue	Nom de la rue		Case postale
Ville		Province		Code postale

Signatures

Signature du patient ou de son mandataire spécial		Date (aaaa/mm/jj)		
Si un mandataire spécial a signé, cette personne doit inscrire son nom ci-dessous.				
Nom de famille		Prénom		

Identification du mandataire spécial (cocher une seule case)

<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Représentant nommé par la Commission du consentement et de la capacité	<input type="checkbox"/> Frère ou soeur (préciser) : _____
<input type="checkbox"/> Conjoint/partenaire	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Procureur au soin de la personne	<input type="checkbox"/> Autre membre de la parenté (préciser) : _____

Le présent formulaire peut être joint à une demande d'analyse en laboratoire et être présenté à un centre de prélèvement d'un laboratoire communautaire au moment où les services de laboratoire sont rendus. Les renseignements sur le présent formulaire seront utilisés par les laboratoires participants, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et Cybersanté Ontario afin de traiter votre demande pour restreindre l'accès à vos tests de laboratoire par l'entremise du SILO. En remplissant ce formulaire, vous consentez à la cueillette et à l'utilisation des renseignements qu'il contient ainsi qu'à celles de vos renseignements personnels sur la santé contenus dans le SILO aux fins du traitement de votre demande. Le ministère ou un de ses agents peut communiquer avec vous pour vérifier les consentements apparaissant dans le présent formulaire ou pour demander des renseignements supplémentaires pouvant être nécessaires pour traiter votre demande.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec ServiceOntario au 1 800 291-1405 ou 416 327-0956 (sans frais) ou au 1 800 387-5559 (ATS), ou rendez-vous sur le site Web du ministère (<http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2010/20101119.aspx>).