

Restricting Access to Information in the Ontario Laboratories Information System (OLIS) Withdrawal of Consent

Instructions

Complete this form if you do not want your laboratory test request(s) and result(s) (Laboratory Test Information) to be accessed by the Ministry of Health and Long-Term Care (Ministry) and by health care providers who have not ordered your laboratory tests.

Submit the completed form to any laboratory participating in OLIS. (The Ministry will not accept any forms.)

The Ontario Laboratories Information System (OLIS) is a secure electronic system that allows health care providers and laboratories to share Laboratory Test Information. Health care providers use OLIS to access up-to-date Laboratory Test Information for health care purposes. The Ministry has custody and control of OLIS.

If you complete this form, the Ministry, and any health care providers not listed on your test requisitions, will not have access to your laboratory test information in OLIS without your express consent. However, the health care provider who ordered the laboratory test, other providers identified on the test requisition to receive the results, and the laboratory that submitted the results to OLIS will continue to have access to your Laboratory Test Information through OLIS.

If you later wish to reinstate your consent to permit the Ministry and ALL health care providers involved in your care to access ALL of your laboratory test information in OLIS, you may do so by contacting ServiceOntario at 1-800-291-1405 (TTY 1-800-387-5559). Please note that you cannot reinstate consent for specific test information. Also, restricting access to a specific lab order cannot be implemented after the test has been performed.

If you withdraw your consent, it will in no way affect your relationship with your health care provider(s). Please note that this consent withdrawal will only apply to laboratory test information associated with the Ontario Health Number and/or alternate identifiers that you have provided on this form.

Test Information (please select 1 option)

Check here to restrict access to **ALL** your lab test information that has been and will be entered into OLIS.

OR

Check here to restrict access to the **SPECIFIC** test identified.

Test Order Number

Date the test specimen was collected (yyyy/mm/dd)

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 No.	Street No.	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 No.	Street No.	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):

When completed, this form can be attached to a laboratory requisition form and submitted to a Laboratory Specimen Collection Centre at the time of receiving laboratory services. By completing this form, you are consenting to the collection and use of the information in this form by participating laboratories, the Ministry, and eHealth Ontario, to process your request to restrict access to your Laboratory Test Information in OLIS. The Ministry, or an agent 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 416 327-0958 (TTY 1 800 387-5559) 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 test (veuillez choisir 1 option)

Cocher cette case pour restreindre l'accès à TOUS vos tests de laboratoire qui ont été et qui seront entrés dans le SILO.

OU

Cocher cette case pour restreindre l'accès aux tests PARTICULIERS identifiés.

Numéro de demande du test

Date où le spécimen a été prélevé (aaaa/mm/jj)

Renseignements sur le patient

Nom		Prénom		Initiale du second prénom
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

N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P.
Ville/municipalité			Province	Code postal

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

N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P.
Ville/municipalité			Province	Code postal

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

Prénom

Identification du mandataire spécial (cocher une seule case)

Parent
 Tuteur
 Représentant nommé par la Commission du consentement et de la capacité
 Procureur au soin de la personne
 Conjoint/partenaire
 Enfant
 Frère ou sœur (préciser) :
 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>).