



Confidentialité des renseignements médicaux

Version 1.0 – approuvé par le comité exécutif de l'APUO le 20 septembre 2018

1. OBJECTIF ET ÉNONCÉ

L'Association des professeur.e.s de l'Université d'Ottawa (APUO) s'engage à veiller à ce que tous les renseignements et documents médicaux concernant les membres demeurent confidentiels dans les limites des paramètres établis par le fournisseur des renseignements et du formulaire de consentement signé.

2. CHAMPS D'APPLICATION

Cette politique s'applique à tous les directeurs/directrices, employé.e.s dirigeant.e.s et bénévoles de l'APUO, ci-après appelés "représentant.e.s de l'APUO."

3. ENTREPOSAGE ET LA TENUE À JOUR DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- a) **Formulaire d'autorisation de renseignements médicaux:** avant que tout.e représentant.e de l'APUO reçoive des renseignements ou des documents médicaux, les membres doivent remplir un formulaire d'autorisation de renseignements médicaux (voir l'annexe A). Le formulaire identifiera l'objet de la collecte des informations et les paramètres de confidentialité autorisés par le/la membre.
- b) **Identification du document:** Tous les documents doivent être clairement identifiés de façon à ce qu'un classement approprié et précis puisse être effectué.
- c) **Établissement du contenu des dossiers:** Tous les renseignements et documents médicaux doivent être conservés dans des dossiers médicaux individuels, indépendamment de tout autre renseignement ou dossier. Tous les dossiers médicaux doivent être rangés dans une armoire verrouillée, séparée de tout autre dossier ou information.

Tous les renseignements et documents médicaux électroniques doivent être conservés dans des dossiers médicaux individuels, protégés par un mot de passe propre à chaque membre. Les mots de passe individuels doivent être partagés avec les représentants de l'APUO conformément aux paramètres de confidentialité établi dans le formulaire d'autorisation de renseignements médicaux.

- d) **Accès:** l'accès aux renseignements et aux documents médicaux sera limité aux représentant.e.s de l'APUO spécifié dans le formulaire d'autorisation de renseignements médicaux.
- e) **Divulgarion de renseignements médicaux protégés:** Les représentant.e.s de l'APUO ne divulgueront jamais, en aucune circonstance, des renseignements ou documents médicaux sans l'obtention d'un formulaire d'autorisation de divulgation de renseignements médicaux signés

Confidentialité des renseignements médicaux

par le/la membre concerné.e. Formulaire d'autorisation de divulgation de renseignements médicaux (voir l'annexe B).

- f) **Modification aux renseignements médicaux protégés:** les membres peuvent modifier les paramètres d'utilisation et/ou de confidentialité de leurs renseignements et documents médicaux en tout temps en soumettant un nouveau formulaire d'autorisation de renseignements médicaux.
- g) **Destruction des renseignements médicaux:** les membres peuvent demander que tous les renseignements médicaux qu'ils ont partagés avec l'APUO soient détruits en remplissant le Formulaire d'autorisation de destruction de renseignements médicaux (voir annexe C).
- h) **Allégations de bris de confidentialité:** Le directeur administratif est responsable de superviser toutes les pratiques et procédures de l'APUO concernant cette politique. Le directeur administratif prend au sérieux toutes les plaintes et/ou allégations de bris de confidentialité afin de déterminer les mesures correctives à prendre, le cas échéant. Le directeur administratif doit aviser par écrit le membre des résultats de l'enquête et des mesures correctives qui ont été prises, le cas échéant, dans un délai de soixante (60) jours.
- i) **Maintien des renseignements médicaux:** L'APUO doit conserver tous les renseignements et documents médicaux conformément à la section OP2100 de l'Énoncé politique sur la gestion des dossiers.

4. CONFORMITÉ ET QUESTIONS

Chaque représentant.e de l'APUO est tenu de se conformer à cette politique. Afin de s'assurer que toutes les personnes assujetties à la politique en connaissent les dispositions et comprennent les responsabilités et les tâches spécifiques associées à l'application de la politique, tous les représentant.e.s de l'APUO devront participer à une séance de formation et à des mises à jour périodiques au besoin.

Les questions au sujet de cette politique doivent être adressées au directeur administratif de l'APUO au 613-230-3659.

Annexe A – Formulaire d'autorisation d'accès aux renseignements médicaux

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je, _____, autorise par la présente, les représentant.e.s de l'APUO
suivant:

- Conseillère juridique: _____
- Agent.e de griefs : _____
- Directeur administratif : _____
- autre : (titre) _____ (nom) : _____

à

- Examiner tous les documents ou renseignements médicaux que j'ai soumis à l'APUO ou que le Service santé mentale et mieux-être ont en leur possession, afin d'évaluer mes besoins en matière d'accommodements ou de soins médicaux.
- Discuter de mes renseignements médicaux avec le Service santé mentale et mieux-être de l'Université d'Ottawa,
- Discuter de mes renseignements médicaux avec mon médecin:

La présente autorisation n'autorise pas la divulgation de renseignements ou de documents médicaux existants ou futurs à un tiers, y compris, mais sans s'y limiter, un avocat, une compagnie d'assurance, un expert en assurance ou une personne du secteur de la santé ayant quelque description d'emploi que ce soit.

Cette autorisation reste valable et suffisante, et demeurera pleinement en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit modifiée ou révoquée par écrit par moi.

Signé à Ottawa, Ontario le _____ du mois de _____ 20 ____.

Signature: _____

Annexe B – Formulaire d'autorisation de divulgation de renseignements médicaux

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je, _____, autorise par la présente, les représentant.e.s de l'APUO
suivant:

- Conseillère juridique : _____
- Agent.e de griefs : _____
- Directeur administratif : _____
- autre : (titre) _____ (nom) : _____

De partager les documents suivants:

Aux personnes ou organisations suivantes:

La présente autorisation n'autorise pas la divulgation de renseignements ou de documents médicaux existants ou futurs à un tiers, y compris, mais sans s'y limiter, un avocat, une compagnie d'assurance, un expert en assurance ou une personne du secteur de la santé ayant quelque description d'emploi que ce soit.

Signé à Ottawa, Ontario le _____ du mois de _____ 20____.

Signature: _____

Annexe C – Formulaire d'autorisation de destruction de renseignements médicaux

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DESTRUCTION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je, _____, autorise par la présente, les représentant.e.s de l'APUO
suivant:

- Conseillère juridique : _____
- Agent.e de griefs : _____
- Directeur administratif : _____
- autre : (titre) _____ (nom) : _____

De détruire tous les documents ou renseignements médicaux me concernant en possession de l'APUO

Signé à Ottawa, Ontario le _____ du mois de _____ 20____.

Signature: _____