


Pour toute question, veuillez communiquer avec
ServiceOntario
Sans frais : 1 800 461-2156
À Toronto : 416 325-8305

(Espace réservé exclusivement à l'usage du bureau)

BRI _____ CID _____


 **Remarque importante :** Prière de lire soigneusement et entièrement les instructions **avant** de remplir ce formulaire. **Veuillez écrire lisiblement à l'encre bleue ou noire.**

PARTIE A : Renseignements sur l'auteur(e) de la demande

Nom de l'auteur(e) de la demande :

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me}	Nom de famille	Prénom	
	Autres prénoms	Nom de jeune fille ou autres noms de famille (<i>s'il y a lieu</i>)	
Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Date de naissance (<i>jour, mois, année</i>)	

Adresse postale : 

N° civique	Rue	App.	N° d'interphone	Case postale
Ville/Municipalité		Province/État	Pays	Code postal
 Numéro de téléphone (jour) Poste ()	Peut-on vous laisser un message à ce numéro? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Autre numéro de téléphone ()	Poste

Renseignements supplémentaires sur l'auteur(e) de la demande

Veuillez indiquer si vous êtes (ne cochez qu'une seule case) :

- une personne adoptée âgée de 18 ans ou plus
- une mère adoptive ou un père adoptif qui présente une demande au nom d'une personne adoptée de moins de 18 ans
- une personne adoptée de moins de 18 ans qui présente une demande avec le consentement de sa mère adoptive, de son père adoptif, de sa tutrice ou de son tuteur
- une descendante ou un descendant d'une personne adoptée
Lien de parenté avec la personne adoptée _____
- une personne autorisée à agir pour le compte d'une personne adoptée et qui présente une demande en son nom
- l'auteur(e) d'une demande concernant une personne adoptée décédée qui souffrait d'une maladie physique ou mentale grave. Veuillez vous identifier en cochant la case appropriée ci-dessous (*ne cochez qu'une seule case*) :
 - Je suis la conjointe ou le conjoint de la personne décédée
 - Je suis l'exécutrice ou exécuteur testamentaire de la personne décédée
 - Je suis un membre de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
 - Je suis un membre de l'Ordre des psychologues de l'Ontario ou un membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario titulaire d'un certificat d'inscription dans la catégorie spécialisée
 - Je suis une personne autorisée à exercer la médecine ou la psychologie ailleurs qu'en Ontario
(Nom de la province ou du pays) _____

Le but de la recherche est (ne cochez qu'une seule case) :

- d'obtenir des renseignements médicaux
- de communiquer des renseignements médicaux
- les deux

PARTIE B : Renseignements concernant la personne adoptée *APRÈS* l'adoption

Nom de famille adoptif de la personne adoptée		Prénom		Autres prénoms	
Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Date de naissance (<i>jour, mois, année</i>)		Date de l'adoption (<i>si connue</i>)	
La personne dont le nom figure ci-dessus a-t-elle connu un changement légal de nom après son adoption? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si la réponse est « OUI », veuillez fournir les détails demandés ci-dessous.					
Nom de famille légal actuel		Prénom		Autres prénoms	
Lieu de naissance de la personne adoptée Ville/Municipalité		Province/État		Pays	
Nom de famille légal actuel du parent adoptif « A » (<i>lors de l'adoption</i>)					
Prénom		Autres prénoms		Autres noms de famille légaux	
Nom de famille légal actuel du parent adoptif « B » (<i>lors de l'adoption</i>)					
Prénom		Autres prénoms		Autres noms de famille légaux	

PARTIE C : Renseignements concernant la personne adoptée *AVANT* l'adoption

Nom de famille de la personne adoptée à la naissance					
Prénom			Autres prénoms		
Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Date de naissance (<i>jour, mois, année</i>)		Numéro de l'enregistrement de naissance (si connu)	
Lieu de naissance de la personne adoptée Ville/Municipalité		Province/État		Pays	
Nom de famille légal de la mère de sang à la naissance					
Prénom		Autres prénoms		Autres noms de famille légaux	
Date de naissance (<i>jour, mois, année</i>)			Âge de la mère de sang à la naissance de la personne adoptée		
Lieu de naissance Ville/Municipalité		Province/État		Pays	
Nom de famille légal du père de sang à la naissance					
Prénom		Autres prénoms		Autres noms de famille légaux	
Date de naissance (<i>jour, mois, année</i>)			Âge du père de sang à la naissance de la personne adoptée		
Lieu de naissance Ville/Municipalité		Province/État		Pays	

PARTIE D : Questionnaire à faire remplir par une professionnelle ou un professionnel des soins de santé

Nom de la patiente ou du patient

Nom de famille	Prénom	Autres prénoms
----------------	--------	----------------

Consentement de la patiente ou du patient à la divulgation de renseignements médicaux

Je, _____, autorise par les présentes
(Nom légal au complet de la patiente ou du patient)

(Nom de la professionnelle ou du professionnel de la santé)

à divulguer les renseignements médicaux nécessaires au dépositaire de renseignements ayant trait aux adoptions, ou à la personne désignée par celui-ci, à l'appui de ma demande de recherche en raison de graves problèmes de santé aux termes du Règlement de l'Ontario 464/07 pris en application de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*.

(Signature de l'auteur(e) de la demande)

(Date de la signature)



Remarque importante :

La section qui suit doit être remplie par un médecin ou un membre d'une autre profession réglementée de la santé. Veuillez écrire lisiblement à l'encre bleue ou noire.

Renseignements sur la professionnelle ou le professionnel des soins de santé

Nom de famille	Prénom	Autres prénoms
----------------	--------	----------------

Adresse professionnelle



N° civique	Rue	Unité/Bureau	Case postale
Ville/Municipalité	Province/État	Pays	Code postal
Numéro de téléphone (jour) ()	Poste		

Titre de la professionnelle ou du professionnel des soins de santé (cochez la case appropriée)

- Membre de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- Psychologue agréé(e)
- Infirmière ou infirmier inscrit dans la catégorie spécialisée
- Membre d'une autre profession réglementée de la santé (veuillez préciser dans l'espace ci-dessous)

Remarque importante

Les recherches effectuées en raison de graves problèmes de santé ont pour but de retrouver et de joindre une personne adoptée, un de ses descendants ou un membre de sa famille généalogique afin d'obtenir ou de communiquer des renseignements médicaux fortement susceptibles de contribuer à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie physique ou mentale grave.

Ces renseignements peuvent être destinés à la personne adoptée, à l'un de ses descendants ou à un membre de sa famille généalogique. Les renseignements fournis par la professionnelle ou le professionnel des soins de santé dans le présent questionnaire serviront à déterminer l'admissibilité de l'auteur(e) de la demande à une recherche en raison de graves problèmes de santé aux termes de l'article 16 du Règlement de l'Ontario 464/07 pris en application de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*. Si vous avez des questions concernant la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec le directeur de l'InfoCentre ServiceOntario, Direction des services de l'InfoCentre, 5775, rue Yonge, Toronto (Ontario) M3M 3E6, ou téléphoner au 1 800 461-2156 / 416 325-8305.

Description de l'état de santé de la patiente ou du patient

Veillez indiquer les symptômes manifestés, le diagnostic posé et le pronostic. Si la prévention est un facteur à considérer dans ce cas, veuillez si possible annexer des documents à l'appui.

Les renseignements médicaux demandés sont-ils essentiels au diagnostic ou au traitement de la maladie?

Oui Non Si oui, veuillez expliquer.

Existe-t-il une raison d'ordre génétique justifiant l'obtention ou la communication des renseignements demandés?

Oui Non Si oui, veuillez expliquer en fournissant les détails pertinents.

Le refus de cette demande de recherche pourrait-il avoir des conséquences néfastes pour la santé?

Oui Non Si oui, veuillez expliquer en fournissant les détails pertinents.

Avez-vous d'autres renseignements à nous donner ou des commentaires à faire au sujet de cette demande?

Oui Non Si oui, veuillez expliquer en fournissant les détails pertinents.

Déclaration signée de la professionnelle ou du professionnel des soins de santé

Je, _____ atteste,
(Nom au complet et titre de la professionnelle ou du professionnel des soins de santé)

au mieux de ma connaissance et en toute bonne foi, que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

(Signature de la professionnelle ou du professionnel)

(Date de la signature)

Veillez apposer votre sceau ci-dessous ou agraffer une carte d'affaires ou une feuille à en-tête.

PARTIE E : Consentement de la mère adoptive, du père adoptif, de la tutrice ou du tuteur d'une personne adoptée mineure

Si vous êtes une personne adoptée de moins de 18 ans, cette section **doit** être signée par votre mère adoptive, père adoptif, tutrice ou tuteur.

Je, _____ atteste par les présentes que je suis la mère adoptive,
(Nom de la mère adoptive, du père adoptif, de la tutrice ou du tuteur)

le père adoptif, la tutrice ou le tuteur de _____ et que je consens
(Nom de la personne adoptée)

à sa demande de recherche en raison de graves problèmes de santé aux termes de l'article 16 du Règlement de l'Ontario 464/07 pris en application de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*.

(Signature de la mère adoptive, du père adoptif,
de la tutrice ou du tuteur)

(Date de la signature)

PARTIE F : Déclaration signée de l'auteur(e) de la demande

J'atteste, au mieux de ma connaissance et en toute bonne foi, que les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire de demande sont exacts.

(Signature de l'auteur(e) de la demande)

(Date de la signature)

Veillez envoyer le formulaire de demande dûment rempli, y compris le questionnaire rempli par la professionnelle ou le professionnel des soins de santé, à l'adresse suivante :

Dépositaire de renseignements ayant trait aux adoptions
B. P. 654
77, rue Wellesley Ouest
Toronto ON M7A 1N3

Les renseignements fournis dans le présent formulaire seront recueillis et utilisés dans le but de déterminer votre admissibilité à une recherche en raison de graves problèmes de santé aux termes de l'article 16 du Règlement de l'Ontario 464/07 pris en application de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*. Si vous avez des questions concernant la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec le directeur de l'InfoCentre ServiceOntario, Direction des services de l'InfoCentre, 5775, rue Yonge, Toronto (Ontario) M3M 3E6, ou téléphoner au 1 800 461-2156 / 416 325-8305.