

Consentement à la divulgation des renseignements personnels sur la santé

(conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé)

Consent to Release Personal Health Information

Pursuant to the Personal Health Information Protection Act, 2004 (PHIPA)

JE, SOUSSIGNÉ/E,
I, THE UNDERSIGNED,

AU NOM DE
ON BEHALF OF

AUTORISE L'ÉTABLISSEMENT
AUTHORIZE THE

À FAIRE PARVENIR À
SEND TO

Adresse - N° de téléphone / Address - Phone Number

Adresse / Address

Téléphone / Phone

Fax

RETIRER EN PERSONNE (Une carte d'identité avec photo est exigée. Si le destinataire est autre que le patient, indiquez ci-dessous le nom et la date de naissance.)
TO BE PICKED UP (Photo ID required. If recipient is other than patient, provide name and date of birth below.)

Nom / Name

Date de naissance/
D.O.B.

LES RENSEIGNEMENTS
MÉDICAUX SUIVANTS
THE FOLLOWING MEDICAL
INFORMATION

COPIE DU DOSSIER MÉDICAL COMPLET/COMPLETE COPY OF THE MEDICAL RECORD

RÉSULTATS DE LABORATOIRE/RECENT LAB RESULTS

CONSULTATIONS/CONSULT REPORTS

INVESTIGATIONS

X-RAY

ULTRASONS/ULTRASOUND

IRM/MRI

CT-SCAN

SCINTIGRAPHIE OSSEUSE/BONE SCAN

AUTRE (svp spécifier)

OTHER (please specify)

RAISON POUR LE TRANSFERT
REASON FOR TRANSFER

TRANSFERT DE SOINS DE SANTÉ
TRANSFER OF HEALTH CARE

AUTRE
OTHER

svp spécifier / please specify

JE COMPRENDS LES FINS POUR LESQUELLES LES PRÉSENTS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ SERONT DIVULGUÉS À LA PERSONNE SUSMENTIONNÉE. JE SAIS QUE JE PEUX REFUSER DE SIGNER LE PRÉSENT FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.
I UNDERSTAND THE PURPOSE FOR DISCLOSING THIS PERSONAL HEALTH INFORMATION TO THE PERSON NOTED ABOVE. I UNDERSTAND THAT I CAN REFUSE TO SIGN THIS CONSENT FORM.

DATE

(MANDATAIRE SPÉCIAL)

SIGNATURE

(SUBSTITUTE DECISION-MAKER)

DATE

(TÉMOIN)

SIGNATURE

(WITNESS)

*REMARQUE : UN MANDATAIRE SPÉCIAL EST UNE PERSONNE AUTORISÉE EN VERTU DE LA LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ À CONSENTIR, AU NOM D'UNE AUTRE PERSONNE, À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ DE CETTE PERSONNE.

*PLEASE NOTE: A SUBSTITUTE DECISION MAKER IS A PERSON AUTHORIZED UNDER PHIPA TO CONSENT, ON BEHALF OF AN INDIVIDUAL, TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION ABOUT THE INDIVIDUAL.

NOTE: DES FRAIS ADMINISTRATIFS PEUVENT ÊTRE EXIGÉS POUR CE SERVICE./FEES MAY APPLY FOR THIS SERVICE..