

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,

AUTORISE L'ÉTABLISSEMENT
AUTHORIZE THE

À FAIRE PARVENIR À
SEND TO

Nom du patient/Name of patient

Nom de la personne qui complète le formulaire/Name of person completing the form

Date de naissance/ D.O.B.
(yyyy-mm-dd)

Patient
Mandataire spécial*/
Substitute decision-maker*

Adresse - N° de téléphone / Address - Phone Number

Adresse / Address

Téléphone / Phone

Fax

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 LA
COMMUNICATION DES DOSSIERS
REASON FOR RELEASE OF
RECORDS

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/PATIENT)

SIGNATURE

(SUBSTITUTE DECISION-MAKER/PATIENT)

*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..