



**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES
RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER - CHU**

Je soussigné(e), _____
Nom et adresse

En ma qualité de _____
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement : **CHU DE QUÉBEC – UNIVERSITÉ LAVAL**
 HEJ HSS CHUL HSFA HDQ

À faire parvenir à _____
Pour la réception des documents par courriel, veuillez indiquer votre adresse courriel ici

Les renseignements suivants : _____

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : _____

Contenus dans le dossier de l'usager ci-dessus identifié.

J'autorise le CHU de Québec-Université Laval à me transmettre les documents cliniques à l'adresse courriel ci-mentionnée, laquelle est mon adresse personnelle. Je comprends qu'il y a des risques de sécurité de l'information à utiliser cette méthode de communication et j'acceptes ces risques.

Cette autorisation est valable pour une période de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document.

Signataire : usager ou personne autorisée

Date (aaaa/mm/jj)

Témoin à la signature

Date (aaaa/mm/jj)

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.