

**DOSSIER :****\*Nom :****\*Prénom :****\*Date de naissance :****RAMQ :****Nom de la mère :****\*Numéro de tél. :**

\*champs obligatoires

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

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

En ma qualité de :

- Usager  Titulaire de l'autorité parentale (usager moins de 14 ans)  Représentant légal (joindre une preuve de votre titre)  
 Autres : \_\_\_\_\_

Autorise le CHU DE QUÉBEC – UNIVERSITÉ LAVAL :  HEJ  HSS  CHUL  HSFA  HDQ

À faire parvenir à :

- Moi-même  
 Une tierce personne (précisez) : \_\_\_\_\_

Mode transmission :

- courriel  poste  télécopieur  En personne à l'HSFA local C1-600 (Lorsque prêt, suite à l'appel de notre équipe)

Précisez (coordonnées applicables en format lisible) : \_\_\_\_\_

Le(s) renseignement(s) suivant(s) contenus dans le dossier de l'usager ci-dessus identifié :

ou

Résumé de dossier\* : \_\_\_\_\_  
\*Le résumé de dossier comprend : rapports d'examens, feuille sommaire d'hospitalisation, consultations à l'urgence, autres consultations médicales et rapport d'intervention

Date des soins et services reçus\* : \_\_\_\_\_

\*Si aucune période n'est indiquée, un résumé des 3 dernières années vous sera acheminé.

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

Signature manuscrite : usager ou personne autorisée

Date (aaaa/mm/jj)

N.B. : On doit s'assurer que le signataire de cette formule est autorisé à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur.  
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'accepte ces risques.

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES  
RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER - CHU**Dossier médical  
D.I.C. : 3-4-4  
Page 1 de 1