



L'Hôpital
d'Ottawa

- Civic IC
- Général LCR
- Riverside CRC

**DEMANDE DE TRANSMISSION OU CONSENTEMENT À
LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
SUR LA SANTÉ**

no arch. méd.

nom

prénom

no assurance-maladie

d.d.n.

sexe

INFORMATION À ÊTRE Copie papier Disque compact En Ligne

À : (Adresse, numéro de téléphone du demandeur, et address courriel si demande En Ligne)

INFORMATION

PLAGE DE DATES POUR LES RAPPORTS / AUTRE

- Sommaire au congé _____
- Rapports opératoires _____
- Rapports pathologiques _____
- Rapports d'anesthésie/salle de réveil _____
- Rapports d'imagerie médicale _____
 - Rapports seulement _____
 - Disque compact d'imagerie _____
- Rapports de laboratoire _____
- Consultations/Notes d'évolution _____
- Rapport de l'urgence _____
- Copie du dossier _____
- Détails : _____
- Confirmation des dates _____
- Preuve de décès _____
- Rapports de l'équipe de santé familiale _____
- Autre : _____

Commentaires / Détails :

LES COÛTS POUR LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS NE SONT PAS REMBOURSABLES.

CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ D'UN PATIENT

Il faut obtenir le consentement du patient pour divulguer des renseignements personnels sur la santé à une tierce personne (p. ex. conseiller juridique, compagnie d'assurance) ou à un établissement de soins de santé situé à l'extérieur de la province de l'Ontario.

J'autorise L'Hôpital d'Ottawa à transmettre ou à obtenir les renseignements mentionnés ci-dessus.

Nom du patient ou du mandataire spécial Signature Date (aaaa/mm/jj)

Nom du témoin Signature Date (aaaa/mm/jj)

L'autorisation est valable pendant un an suivant la date de signature. Inclure les copies des documents démontrant votre autorité en tant que mandataire spécial.

ARCHIVES MÉDICALES SEULEMENT : Date reçue : TOTAL \$: Reçu par :