



Renseignements de la personne

N° de dossier : _____

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

N° d'assurance maladie : _____

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PSYCHOSOCIAUX

Veillez remplir toutes les informations demandées afin d'éviter des délais supplémentaires.

Je, soussigné (e) :

Nom et prénom : _____

Adresse complète : _____

No civique, nom de la rue, ville, code postal

Téléphone : _____ Courriel : _____

En ma qualité de :

- Usager Titulaire de l'autorité parentale Représentant de l'utilisateur
(Veillez fournir les documents justificatifs)

Autorise l'établissement : CISSS de Laval – Service des archives médicales

- Installation(s) : Hôpital de la Cité-de-la-Santé CLSC CHSLD : _____
 Centre de services ambulatoires de Laval Hôpital juif de réadaptation Centre jeunesse
 CRDI-TSA Autre installation : _____

Autres : _____

Nom de l'établissement

No civique, nom de la rue, ville, code postal (incluant télécopieur et/ou courriel)

À transmettre à : (Le mode de transmission par courriel est préconisé.) Si rendez-vous prévu, indiquez la date: _____

- Moi-même Mode de transmission : Courriel Par la poste En personne Clé USB Papier
 Fax : _____

CISSS de Laval – Service des archives médicales Courriel : acces.dossier.cissslav@ssss.gouv.qc.ca

Autre : _____

Adresse complète : _____

No civique, nom de la rue, ville, code postal

Téléphone : _____ Courriel : _____

Mode de transmission : Courriel Télécopieur : _____ Par la poste

Les renseignements suivants (soins et services reçus): _____

Pour la période suivante (Mois et/ou année): _____

Signature de la personne autorisée

Date (AAAA-MM-JJ)

****Vous devez nous transmettre votre formulaire dûment rempli à l'adresse courriel : acces.dossier.cissslav@ssss.gouv.qc.ca ****

LRSSS, article 34 « Le responsable de la protection des renseignements doit donner suite à une demande avec diligence et au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de sa réception. »