

FORMULAIRE DE TRANSFER DE DONNEES MEDICALES

Nom du patient/Patient Name :

Date de naissance/Date of Birth :

RAMQ#

- Dossier medical complet/Complete medical chart
- Lab/MRI/CT scan/X-ray
- Rapports pathologies/Pathology Reports
- Toutes les infos sur ce patient/all information on this patient
- Résumé des billets de sortie/Discharge summary
- Rapports des opérations/Operative reports
- Rapports de consultation/Consultation reports
- Autre/Other _____

Information divulgation/Transfer release information

Par la présente, je _____ autorise la divulgation des informations médicales me concernant. I _____ hereby authorize the release of the above mentioned records as follows;

DE/FROM:

Nom de l'institution/Institution name: _____

Adresse/Address : _____

Ville/City: _____ Province: _____

Code postal/Postal code : _____

Telephone: _____ Télécopieur/Fax: _____

A/To:

Nom complet du médecin requérant:

Authorized physician's full name: _____

Adresse /Address:

REMD Solutions Inc.

3883 boul. St-Jean, Suite 215

Dollard des Ormeaux, Quebec H9G 3B9

Tel: (514) 624-7363 (REMD) Fax: (514) 624-7360

Signe a/Signed in: _____ le/on the _____ jour de/day of _____ 20__

Signature du témoin/Witness signature

Signature du patient/Patient signature