



Nom et prénom du patient			
N° d'assurance maladie		Date de naissance	
		Année	Mois Jour
Adresse (N°, rue)			
Ville			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PARTAGE ET À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER

CONSENTEMENT AU PARTAGE DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ ME CONCERNANT

Au fin du présent formulaire, le terme professionnel de la santé inclut le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisées (IPS).

Je soussigné(e), _____, donne l'autorisation aux personnes suivantes d'accéder aux renseignements et aux documents contenus dans mon dossier médical lorsque ces renseignements et ces documents sont nécessaires pour leur permettre de me prodiguer les soins de santé et les services sociaux requis par mon état de santé :

- les médecins et les autres professionnels de la santé et des services sociaux (tels que les infirmières, infirmière praticienne spécialisée, les travailleurs sociaux, etc.) de la clinique médicale ou la clinique d'IPS _____ dans laquelle mon professionnel de la santé exerce;
- le cas échéant, les médecins et les autres professionnels de la santé et des services sociaux des autres cliniques faisant partie du même groupe de médecins de famille (ou de la même clinique IPS) que mon professionnel de la santé, soit les cliniques indiquées sur le Portail santé mieux-être du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que j'aurai recours aux services de la clinique ci-haut mentionnée. Je comprends également que je ne suis pas obligé(e) de donner ce consentement et que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie, et ce, en tout temps. Je reconnais avoir lu et compris l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à sa compréhension.

Personne assurée Mère ou père Tuteur Mandataire Curateur

Signature _____

Date

Année	Mois	Jour

