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 asssurance-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 :