

# Demande d'informations médicales

**Copie d'un dossier médical en entier**

Sauf si le médecin traitant cesse complètement sa pratique, le dossier médical original ne peut être remis ou transféré à un autre médecin. Une photocopie du dossier peut cependant être réalisée, si nécessaire. Les frais administratifs de base sont de \$10,00, auxquels se rajoutent des frais de \$ 0,50 par page.

**Copie d'une section du dossier médical ou d'une seule information médicale**

Tous les résultats d'investigations ayant été effectués dans un centre hospitalier sont disponibles gratuitement auprès des archives de cet établissement. En dehors de ces établissements, les informations demandées seront photocopiées. Les frais administratifs de base sont de \$10,00, auxquels se rajoutent des frais de \$0,50 par page.

Le médecin précise ici la nature exacte de l'information médicale recherchée : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Résumé écrit d'un dossier, par le médecin, à la demande du patient**

La demande d'un résumé écrit d'un dossier entraîne des frais et ce, en fonction de l'importance du dossier et de la nature des informations recherchées. Le patient devra s'informer auprès du médecin à qui est transmise la demande, et prendre entente avec ce dernier.

► **PATIENT**

Patient : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

App : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

► **MÉDECIN QUI DEMANDE LES RENSEIGNEMENTS**

Médecin : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

Suite : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**X**

**SIGNATURE DU PATIENT**

En signant cette demande, le patient confirme la nature des informations recherchées, et constate que des frais seront demandés pour le traitement de sa demande.

**X**

**SIGNATURE DU MÉDECIN**

En signant cette demande, le médecin confirme la nécessité des informations demandées.

**Toute demande doit obligatoirement être autorisée et signée par le médecin.**