



Cornwall Community Hospital
 Hôpital communautaire de Cornwall
 840 avenue McConnell, Cornwall, Ontario
 K6H 5S5

AUTORISATION DE DIVULGUER DE L'INFORMATION CONTENU DANS LE DOSSIER MÉDICAL DU PATIENT

Note explicative: Dans le présent document, le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes

Nom du patient: _____
 Nom et prénom IPC # Date de naissance

Adresse: _____
 rue ville province code postal N° de téléphone

Par la présente, le soussigné donne son autorisation ou demande à _____
 Hôpital ou fournisseur de services de santé

De fournir à: _____
 Nom de la tierce partie

Adresse: _____
 rue ville province code postal

l'accès à/ou des copies de (cochez ce qui s'applique) mes dossiers médicaux. La raison de la demande est: _____

Les dossiers auxquels j'autorise l'accès ou pour lesquels j'autorise la transmission de copies sont les suivants:

- Tous les dossiers
- Pour examen seulement
- Seulement les dossiers relatifs à l'admission ou au traitement suivants:

Type de traitement: _____ Dates du traitement: _____

Date limite d'utilisation: (3 mois ou tel qu'indiqué) _____

 Signature du patient Signature du témoin Date

SI UNE PERSONNE AUTRE QUE LE PATIENT A SIGNÉ, VEUILLEZ INDIQUER LE LIEN DE PARENTÉ ET SOUS QUELLE AUTORITÉ EST EXERCÉ CE DROIT

 Signature du représentant légal Lien de parenté avec le patient Témoin (caractères d'imprimerie) Date

1. La présente autorisation peut être annulée ou amendée par écrit en tout temps avant la date limite d'utilisation, sauf dans le cas où une intervention a été entreprise en recours à cette autorisation.
2. La présente autorisation doit contenir la signature originale:
 - a) du patient, du parent ou du tuteur dans le cas d'un patient de moins de 16 ans et célibataire, ou du représentant légal si le patient est décédé ou a été déclaré mentalement incapable, aussi
 - b) du témoin de la signature du patient.
3. Les demandes de divulgation de l'information doivent porter une date ultérieure à celles du traitement.
4. Si le patient ne peut lire ou comprendre le français, le formulaire d'autorisation doit lui être interprété. L'interprète **doit** signer le formulaire à titre de témoin afin de confirmer que l'interprétation du document a été faite. Veuillez indiquer si l'interprète a un lien de parenté avec le patient.

 Signature de l'interprète Nom de l'interprète/Lien de parenté avec le patient s'il y a lieu Date