

**FORMULAIRE D'AUTORISATION
TRANSMISSION AU FOURNISSEUR DE DME DES RÉSULTATS DE
LABORATOIRE ET DES RAPPORTS DE RADIOLOGIE (1)**

Identification de la clinique médicale

Nom de la clinique médicale	
Adresse	
Courriel	
Téléphone	
Télécopieur	

Identification de l'intervenant

Prénom et Nom		
<u>Médecin</u> : Numéro de pratique (7 chiffres)	CMQ :	
<u>Infirmière</u> : Numéro OIIQ (6 ou 7 chiffres) et numéro RAMQ (IPS: 81xxxx, autres inf. : 82xxxx @ 87xxxx)	OIIQ :	
	RAMQ :	

Engagement de l'intervenant

Je, soussigné(e) _____, intervenant pratiquant à la clinique mentionnée ci-haut, autorise le Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec à transmettre les résultats des examens de laboratoire ainsi que des rapports de radiologie dont je suis le requérant ou en copie conforme au fournisseur de dossier médical électronique (DMÉ) _____ (2). et à cesser la transmission de ces résultats sous format papier après une période transitoire de 6 mois. Par la présente, je m'engage à convenir avec le fournisseur désigné des modalités de gestion et de conservation des renseignements cliniques concernant mes patients. Je m'engage également à informer le CIUSSS MCQ de tout changement de fournisseur de DME ou de mon lieu de pratique.

Signature de l'intervenant

Signature	Date		
	année	mois	jour

1 Le formulaire signé doit être envoyé à la direction des ressources informationnelles du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec par courriel à l'adresse suivante : 04formulairedme@ssss.gouv.qc.ca

2 Inscrire le fournisseur de DME auquel l'intervenant autorise la transmission des résultats de laboratoire et des rapports de radiologie dont il est requérant ou en copie conforme.

3 Seulement l'arrêt de l'envoi des résultats de laboratoire sous format papier est possible. Un formulaire spécifique est disponible sur demande.