

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA TRANSMISSION AU FOURNISSEUR DE DMÉ DES RAPORTS D'IMAGERIE MÉDICALE

Identification de la clinique médicale

Nom de la clinique médicale	
Adresse	
Courriel	
Téléphone (clinique)	
Télécopieur (clinique)	

Identification du médecin responsable

Prénom et nom	
Numéro de pratique (7 chiffres)	

Identification du fournisseur du DMÉ

Nom du fournisseur	
--------------------	--

Engagement du médecin

Je, soussigné(e) _____, médecin pratiquant à la clinique mentionnée ci-haut, autorise le Centre intégré universitaire (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean à transmettre des rapports d'imagerie médicale dont je suis le requérant ou en copie conforme, au fournisseur de dossier médical électronique (DMÉ) identifié ci-dessus et à cesser la transmission de ces résultats sous format papier dès l'activation.

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 de tout changement de fournisseur de DMÉ ou de mon lieu de pratique.

Signature du médecin

Signature	Date
-----------	------

Le formulaire signé doit être envoyé à : reg02.dri.support@ssss.gouv.qc.ca