

Formulaire d'abonnement à la réception électronique des rapports d'imagerie

Instructions générales: Complétez les informations demandées. Toutes les informations identifiées d'un * sont obligatoires.

Assurez-vous que la signature demandée y est apposée.

Faites parvenir le document en format PDF à l'adresse: cds.tcr06@ssss.gouv.qc.ca

1. Informations de la clinique	
Nom*:	
Adresse*:	
Ville*:	Code postal*:
Nom de la personne contact*:	
Téléphone*:	
Courriel*:	

2 -Organisations émettrices de rapports d'imagerie médicale	
Ci-bas la liste des organisations émettrices des rapports d'imagerie médicale alimentant SIDER	
Cochez les organisations auxquelles vous voulez abonner les prescripteurs inscrits dans nos dossiers en date de la signature du présent formulaire(c):	
<input checked="" type="checkbox"/> CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - Hôpital de Verdun / Hôpital Notre-Dame - Imagerie/MUSE	<input checked="" type="checkbox"/> CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal - A Hôpital Sacré-Cœur / Hôpital Fleury - Imagerie - B Hôpital Jean-Talon - Imagerie
<input checked="" type="checkbox"/> ICM Institut de Cardiologie de Montréal - Imagerie/MUSE	<input checked="" type="checkbox"/> CIUSSS de l'Ouest de-L'Île-de-Montréal - A Centre hospitalier de St-Mary - Imagerie - B Hôpital de LaSalle - Imagerie - C Hôpital général du Lakeshore – Imagerie
<input checked="" type="checkbox"/> CHU Sainte-Justine- Imagerie	

Notes:
a) La majorité des résultats sont acheminés en format électronique au CCSMTL. Toutefois, certains résultats effectués à l'extérieur de la région de Montréal ne sont pas disponibles en format électronique au moment de la signature de ce formulaire. Ces résultats seront acheminés à la clinique par l'établissement émetteur uniquement en format papier selon le processus en vigueur.
b) Le module d'imagerie de l'établissement crée une requête test pour chaque prescripteur de la clinique médicale inscrit dans son système. Suite à la réception de la requête, l'arrêt papier entre aussitôt en vigueur.
c) Les prescripteurs inscrits à SIDER en date de la signature du présent formulaire seront abonnés en totalité à la réception de rapports d'imagerie par le DMÉ. Pour tout ajout, modification ou connaître la liste des prescripteurs, veuillez communiquer avec l'équipe de support à l'adresse: cds.tcr06@ssss.gouv.qc.ca
d) Certains établissements ne font pas la gestion des stagiaires et certains types de professionnel. Lors de la confirmation de l'abonnement, vous recevrez les spécifications à ce sujet.

3. Approbation du professionnel responsable de la clinique médicale	
<input type="checkbox"/> Je confirme avoir lu les informations contenues dans le présent formulaire*.	
Nom du professionnel responsable*:	
Adresse courriel*:	
Signature*:	Date*:
AAAA - MM - JJ	