

Instructions générales:

# SIDER

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

Complétez les informations demandées. Toutes les informations identifiées d’un \* sont obligatoires. Assurez-vous que la signature demandée y est apposée.

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

## F1-1

|  |
| --- |
| **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):

* CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal incluant: ☐ CIUSSS du Nord-De-L'île-De-Montréal incluant:
* Hôpital de Verdun - A Hôpital Sacré-Cœur / Hôpital Fleury
* Hôpital Notre-Dame - B Hôpital Jean-Talon
* ICM Institut de Cardiologie de Montréal - Imagerie

**Notes:**

1. 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.
2. Le module d’imagerie de l’établissement crée une requête test pour chaque prescripteur de la clinique médicale. Suite à la qualification de la requête, l’arrêt papier entre aussitôt en vigueur.
3. 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
4. Certains laboratoires ne font pas la gestion des stagiaires et certains types professionnels . Lors de la confirmation de l'abonnement, vous recevrez les spécifications à ce sujet.

|  |
| --- |
| **3. Approbation du professionnel responsable de la clinique médicale** |
| * Je confirme avoir lu les informations contenues dans le présent formulaire\*.

Nom du professionnel responsable\*: |
| Adresse courriel\*:Signature\*: |  |
|  Date\*: |  |
| AAAA - MM - JJ |

F1-1 Abonnement au service d'imagerie

022024