F5

# Système Intégré de Distribution Electronique des Résultats (SIDER)



**Attestation confirmant l’arrêt de la transmission des résultats de laboratoire en format papier**

Instructions générales:

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

Envoyez les documents en format PDF à l'adresse: [cds.tcr06@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cds.tcr06@ssss.gouv.qc.ca)

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

**2 -Confirmation d'arrêt de transmission des résultats papier** Par la présente, nous confirmons au Centre de service régional du CIUSSS Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal que nous avons procédé à la validation de la transmission des résultats électroniques de laboratoire pendant une période d’un (1) mois pour les laboratoires du Centre hospitalier (cochez votre réponse):

* Hôpital de Verdun/Hôpital de Notre-Dame
* Hôpital Maisonneuve Rosemont
* Hôpital Santa Cabrini
* Hôpital Jean-Talon
* Hôpital Fleury
* Hôpital Général Juif
* Centre hospitalier de St-Mary/LaSalle
* Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
* Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
* Institut de Cardiologie de Montréal (ICM)
* Centre universitaire de santé McGill (CUSM) / Lachine

Suite à la validation concluante de l’intégration des résultats de ce laboratoire dans notre DMÉ, nous autorisons l’arrêt de la transmission des résultats en format papier en provenance du(des) laboratoire(s) coché(s) ci-haut, pour les résultats disponibles en format électronique.

La présente attestation prévoit qu’en cas de défaillance majeure et prolongée de SIDER, le (s) laboratoire (s) remettra en fonction la transmission papier afin d’assurer la continuité des services.

La réception de cette attestation par le CIUSS Centre-Sud confirme la date d’entrée en vigueur de l’arrêt de la transmission papier.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |

F5 Attestation d'arrêt papier

102023