



Centre hospitalier  
de l'Université de Montréal

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER MÉDICAL DE L'USAGER

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

### En ma qualité de :

Usager       Titulaire de l'autorité parentale       Représentant légal (*joindre une preuve de votre titre*)

### Autorise l'établissement :

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

À communiquer à \_\_\_\_\_

### Les renseignements suivants :

Attestation de visite ou d'hospitalisation       Résumé de dossier

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Pour les soins ou services se rapportant à la période suivante : \_\_\_\_\_

### Mode de transmission :

En personne       Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

*\*Si les documents sont requis pour un rendez-vous médical, veuillez nous indiquer la date de celui-ci :*

(AAAA - MM - JJ) \_\_\_\_\_

Nous vous informons que le Centre hospitalier de l'Université de Montréal est un établissement de santé et services sociaux assujéti au *Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements personnels*, nous appliquons également la circulaire ministérielle 2023-012 sur la confection des résumés de dossier. Voici les frais exigibles :

Résumé de dossier : 25,00 \$

Photocopie format papier : 0,45 \$ par page photocopiée (**Franchise** : 20 premières pages sont produites sans frais)

**Précisions** : Le service des archives médicales vous soumettra un devis de facturation avant de procéder au traitement de la demande. Puis, ce sera sans frais lorsque les documents sont acheminés à un établissement ou professionnel du réseau de la santé et services sociaux.

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(ou de son représentant légal) AAAA - MM - JJ

Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ