

**AUTORISATION  
DE COMMUNIQUER  
DES RENSEIGNEMENTS  
CONTENUS AU DOSSIER**



DT9060

**A**

Nom et prénom à la naissance			
Nom actuellement utilisé			
Adresse actuelle de l'utilisateur			
N° de la RAMQ	Date de naissance		
	Année	Mois	Jour
Nom et prénom du père		Nom et prénom de la mère	
Autres noms utilisés antérieurement			

N° de dossier : \_\_\_\_\_ Date d'admission : \_\_\_\_\_

**B** Je, soussigné-e, \_\_\_\_\_  
Nom et adresse

**C** En ma qualité de \_\_\_\_\_  
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement **CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

**D** À faire parvenir à \_\_\_\_\_

**E** Les renseignements suivants : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Contenus dans le dossier de l'utilisateur ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de \_\_\_\_\_ jours à compter de la date de la signature de ce document.

**G** \_\_\_\_\_  
Signataire : usager ou personne autorisée

\_\_\_\_\_

Témoin à la signature

Année	Mois	Jour
Date		
Année	Mois	Jour
Date		

**N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.**

## Annexe explicative

Veillez prendre note que les sections du formulaire qui ne sont pas mentionnées ci-dessous ne sont pas obligatoires à compléter.

**A** : Inscrivez les renseignements d'identification de l'utilisateur :

- Nom et prénom à la naissance
- Adresse actuelle de l'utilisateur
- Numéro de carte d'assurance-maladie
- Date de naissance
- Nom et prénom du père
- Nom et prénom de la mère

**B** : Nom et prénom de la personne qui fait la demande et un numéro de téléphone pour vous rejoindre en cas de besoin.

**C** : Inscrivez à quel titre vous faites votre demande (ex : usager, curateur, tuteur, etc.)

**D** : Coordonnées complètes où nous devons acheminer les documents : nom et prénom du destinataire OU nom de l'établissement et du professionnel de la santé, adresse complète.

**E** : Documents dont vous avez besoin (ex : résumé de dossier, rapport de laboratoire, consultation médicale, etc.)

**F** : Date approximative des examens passés ou des soins reçus

**G** : La signature de l'utilisateur ou de son représentant légal (ex : curateur, titulaire de l'autorité parentale si usager de moins de 14 ans, etc.) **est obligatoire**. Si vous n'êtes pas en mesure de signer pour une raison médicale ou autre, veuillez-vous référer à la [Foire aux questions](#) de la page Internet du Service des archives médicales pour plus d'informations.