



Autorisation de transmission de dossier médical

Je, soussigné-e, _____ (nom du patient) né(e) le _____ (date de naissance) autorise la Clinique de Soins Infirmiers de Lévis à faire parvenir à _____ (nom du Dr.) les renseignements de mon dossier médical concernant le(s) service(s) rendu(s) le : _____ (date du service).

Les informations à transmettre comprennent, mais ne sont pas limitées à :

- Antécédents de santé
- Allergie et médication
- Questionnaire d'évaluation de l'infirmière
- RAMQ _____
- Coordonnées de ma pharmacie (voir ci-bas)

Je comprends que ces informations seront utilisées dans le but d'obtenir une prescription médicale et que le professionnel de la santé est tenu de respecter la confidentialité de ces données conformément aux lois et règlements en vigueur. Je comprends que les dispositions nécessaires seront prises pour que le dossier médical soit transmis en toute sécurité.

Signature du patient

Date

Coordonnées de la pharmacie

Nom de la pharmacie : _____

Adresse de la pharmacie : _____

Numéro de télécopieur (fax) de la pharmacie : _____



info@csilevis.com



418-903-7399



Siège social : 103-5790 boul. Étienne-Dallaire, Lévis (Qc) G6V 8V6