



**AUTORISATION DE COMMUNIQUER
DES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ**
AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION

À l'usage des Archives Médicales: ☐ Français ☐ English
For use of Medical Record:

Répondue par / Answered by : _____

Nom de famille/Family name _____ No du dossier/Record No _____

Prénom/First name _____

Date de naissance/Date of birth _____ Téléphone/Telephone _____

No R.A.M.Q./Medicare No _____

Adresse/Address _____

Nom et prénom du père / Surname and given name(s) of father _____

Nom et prénom de la mère / Surname and given name(s) of mother _____

Je, soussigné(e)

I, the undersigned _____

Nom / Name _____

En ma qualité de:

In my capacity of:

☐

Patient

☐

Parent

☐

Représentant légal

Legal representative _____

Spécifiez / Specify _____

Autorise l'établissement

Authorize the establishment

☐

CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (Veuillez cocher les sites à l'endos)

CIUSSS West-Central- Montreal (Please check sites on reverse side)

☐

Autre établissement:

Other establishment: _____

À transmettre les renseignements suivants

To transmit the following information _____

Pour les soins / services reçus se rapportant à la période suivante

Concerning the care / services received during the following period _____

Mode de transmission
Transmission mode

☐

Par poste

By mail _____

Nom et Adresse / Name and Address _____

☐

Viendra prendre les documents

Will come to pick-up _____

Nom / numéro de téléphone / Name / telephone number _____

POUR USAGE INTER-ÉTABLISSEMENT SEULEMENT INTER-ESTABLISHMENT USE ONLY

☐

Par télécopieur

By fax _____

Nom du destinataire et numéro de télécopieur / Recipient's name and fax number _____

Protection des renseignements personnels: Les renseignements collectés ici ne servent qu'aux fins de divulgation exacte et précise et de statistiques non nominatives du processus des demandes d'accès. / Personal data protection: The requested information on this form is collected solely with the objective of releasing precise and accurate information and for non- nominative statistical purposes

Signature du patient ou de son représentant légal

Signature of patient or his legal representative _____

Date: _____

AAYY/MM/JD

Signature du témoin / Witness' signature _____

Date: _____

AAYY/MM/JD

Le responsable de la protection des renseignements doit donner suite à une demande avec diligence et au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de sa réception. (art.34, LRSSS)

Acknowledgment of receipt: The person in charge of the protection of information must respond to a request promptly and no later than 30 days after the date the request is received. (art.34, LRSSS)

Nom et prénom du patient / Last and first name of patient: _____

☐ **Hôpital Général Juif**
3755, Côte-Ste-Catherine
Montréal, Québec
H3T 1E2
Tel.: (514) 340-8222
Fax: (514) 340-7556

☐ **Centre hospitalier
Mont-Sinai**
5690, boul. Cavendish
Montréal, Québec
H4W 1S7
Tel.: (514) 369-2222
Fax: (514) 369-5661

☐ **Ressource intermédiaire
Maison Paternelle**
1904, ave. Van Horne
Montréal, Québec
H4S 1N7
Tel.: (514) 733-5388
Fax: (514) 344-3374

☐ **Centre gériatrique Maimonides
Donald Berman**
5795, ave. Caldwell
Montréal, Québec
H4W 1W3
Tel.: (514) 483-2121
Fax: (514) 483-1561

☐ **Ressource intermédiaire
Lev-Tov**
6900, Sherbrooke Ouest
Montréal, Québec
H4B 1P9
Tel.: (514) 489-4448
Fax: (514) 489-7625

☐ **CHSLD juif de Montréal**
5725, ave. Victoria
Montréal, Québec
H3W 3H6
Tel.: (514) 738-4500

☐ **Centre de Réadaptation
Lethbridge-Layton-Mackay
Site Constance-Lethbridge**
7005, boul. de Maisonneuve
Montréal, Québec
H4B 1T3
Tel.: (514) 487-1891
Fax: (514) 487-2745

☐ **Centre Miriam**
8160, rue Royden
Mont-Royal, Québec
H4P 2T2
Tel.: (514) 345-0210
Fax: (514) 345-8485

☐ **Centre de Réadaptation
Lethbridge-Layton-Mackay
Site MAB-Mackay**
7000, Sherbrooke Ouest
Montréal, Québec
H4B 1R3
Tel.: (514) 488-5552
Fax: (514) 482-0504

☐ **Hôpital Richardson**
Centre administratif
5425, ave. Bessborough
Montréal, Québec
H4V 2S7
Tel.: (514) 484-7878 #2
Fax: (514) 483-2694

☐ **Hôpital Catherine Booth**
4375, ave. Montclair
Montréal, Québec
H4B 2J5
Tel.: (514) 481-0431
Fax: (514) 481-6722

☐ **CHSLD Henri-Bradet**
6465, ave. Chester
Montréal, Québec
H4V 2Z8
Tel.: (514) 484-7878 #2
Fax: (514) 483-2694

☐ **CHSLD Saint-Andrew's**
3350, boul. Cavendish
Montréal, Québec
H4B 2M7
Tel.: (514) 932-3630 #1
Fax: (514) 485-2694

☐ **CHSLD Father Dowd**
6565, Hudson
Montréal, Québec
H3S 2T7
Tel.: (514) 932-3630 #2
Fax: (514) 483-2694

☐ **CHSLD St-Margaret's**
50, Hillside
Montréal, Québec
H3Z 1V9
Tel.: (514) 932-3630 #3
Fax: (514) 485-2694

☐ **CLSC Côte-des-Neiges**
5700, Côte-des-Neiges
Montréal, Québec
H3T 2A8
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **CLSC Métro**
1801, boul. de Maisonneuve Ouest
Montréal, Québec
H3H 1J9
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **CLSC Parc-Extension**
7085, Hutchison
Montréal, Québec
H3N 1Y9
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **CLSC de Benny Farm**
6484, ave. Monkland
Montréal, Québec
H4B 1H3
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **CLSC René-Cassin**
5800, boul. Cavendish
Bureau 600
Côte St-Luc, Québec
H4W 2T5
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **Service régional Info-Santé**
2021, av. Union, Bureau 1100
Montréal, Québec
H3A 2S9
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **Point de Service Outremont**
1271, ave. Van Horne
Montréal, Québec
H2V 1K5
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **Ressource
de la Montagne**
7001, Ave. Parc
Montréal, Québec
H3N 1X7
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **Maison de naissance
Côte-des-Neiges**
6560, Côte-des-Neiges
Montréal, Québec
H3S 2A7
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **Manoir Renaissance**
5995, rue Dolbeau
Montréal, Québec
H3S 2G1
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **RI/UTFR Glenmount**
3530, boul. Jean-Talon O.
Montréal, Québec
H3R 2G3
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **Maison bleue de
Côte-des-Neiges**
3735, Plamondon
Montréal, Québec
H3S 1L8
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202

☐ **Maison bleue de
Parc-Extension**
7867, Querbes
Montréal, Québec
H3N 2B9
Tel.: (514) 731-8531 ext 48484
Fax: (514) 380-5202