



**Équipe de santé familiale
Clarence-Rockland
Family Health Team
Demande pour un transfert de dossier**

J'autorise le transfert des informations suivantes :

- Copie complète du dossier médicale :
- Toutes les consultations pertinentes, imagerie, tests médicaux et/ou les procédures (y compris mais pas limités à; Pap tests, colonoscopie, etc.);
 - Les résultats de laboratoire;
 - Les antécédents de vaccination; et
 - Toutes informations pertinentes qui auront un impact sur la santé du patient dans le futur
- Autres renseignements médicaux: _____

Où transférer:

- d'un tiers parti chez l'ESFCR l'ESFCR chez un tiers parti

ESFCR

Équipe de Santé Familiale Clarence-Rockland
2741 rue Chamberland
Rockland, Ontario
K4K 0B4

Tiers parti:

Nom du médecin: _____ Clinique: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postale: _____

Téléphone: _____ Fax: _____

Confirmation et autorisation du patient

J'autorise la communication de mon dossier médical comme indiqué ci-dessus. Je comprends que je suis responsable de tous les coûts associés dans ce service. S'il y a lieu, l'ESFCR me retournera le contenu des dossiers une fois qu'ils auront été numérisés dans mon dossier.

Nom: _____ (lettres moulées)

Signature: _____

Date: _____

Pièce d'identité (type et #): _____

Date de naissance: _____

Étiquette du patient:

Témoin de la clinique: _____