



**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 (idéalement pour les 2 dernières années) ;
  - 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 de l'entreprise: \_\_\_\_\_

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 complet: \_\_\_\_\_ (SVP imprimer)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Pièce d'identité (type et #) \_\_\_\_\_ Témoin de la clinique: \_\_\_\_\_

Étiquette du patient: