



## Autorisation de communiquer de l'information

Authorization to release information

☐ En français (à l'usage exclusif des archives médicales) ☐ In English (Exclusively reserved for Medical Records)

|                                                                                                                                                                   |                                                                              |  |                                       |                                                                |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>*Cette information concerne la personne pour laquelle une demande est faite*</b><br><b>*This information concerns the person for whom the request is made*</b> |                                                                              |  |                                       |                                                                |                                    |
| <b>PATIENT</b>                                                                                                                                                    | Nom / Last name                                                              |  | Prénom / First name                   | Autre nom utilisé présentement / Other name presently used     |                                    |
|                                                                                                                                                                   | Date de naissance / Date of birth<br>(AAYY/MM/JD)                            |  | N° d'assurance maladie / Medicare No. |                                                                | N° de dossier / Medical Record No. |
|                                                                                                                                                                   | Date du décès / Date of death (si applicable / If applicable**) (AAYY/MM/JD) |  |                                       |                                                                |                                    |
|                                                                                                                                                                   | Nom et prénom(s) de la mère / Mother's surname and given name(s)             |  |                                       | Nom et prénom(s) du père / Father's surname and given name(s)  |                                    |
|                                                                                                                                                                   | Adresse actuelle / Current address                                           |  | Ville / City                          | Province – Pays / Province - Country Code postal / Postal Code |                                    |
|                                                                                                                                                                   | N° de téléphone / Telephone No.                                              |  |                                       | Autre N° de téléphone / Other telephone No.                    |                                    |

Je, soussigné / I, the undersigned

En ma qualité de / In my capacity of ☐ Patient ☐ Parent ☐ Représentant légal / Legal representative

Spécifier / Specify

Autorise la transmission des renseignements suivants / Authorize the transmission of the following information

Autorise les établissements – spécifier les hôpitaux / Authorize the establishments - Specify the hospitals

- |                                                                                            |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hôpital Royal Victoria / Royal Victoria Hospital                  | Hôpital général de Montréal / Montreal General Hospital    |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Neurologique de Montréal / Montreal Neurological Hospital | Hôpital de Lachine / Lachine Hospital                      |
| <input type="checkbox"/> Hôpital de Montréal pour enfants / Montreal Children's Hospital   | Institut thoracique de Montréal / Montreal Chest Institute |
| <input type="checkbox"/> Autre(spécifier) / Other (Specify)                                |                                                            |

|                                                                                                    |                                               |                                                                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>TRANSMISSION</b>                                                                                | À faire parvenir à / To send to               |                                                                                                   |  |
|                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Cueillette / Pick up | Cueillette par (Nom de la personne) / Pick up by (Name of person) N° de téléphone / Telephone No. |  |
|                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Télécopieur / Fax    | N° de télécopieur / Fax No.                                                                       |  |
|                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Poste / Mail         | Adresse / Address                                                                                 |  |
|                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Courriel / Email *** | Adresse / Address                                                                                 |  |
| *** Envoi par courriel - Voir exception au verso / Sending by email- See exception on reverse side |                                               |                                                                                                   |  |

Cette autorisation est valide pour une période de  
This authorization is valid for a period ofjours suivant la date de la signature de ce document.  
days following the date this document was signed.

Signature du patient ou de son représentant légal / Signature of patient or his legal representative

Date (AAYY/MM/JD)

Signature du témoin / Witness's signature

Date (AAYY/MM/JD)

Ce formulaire est en conformité avec la loi sur les renseignements de santé et de services sociaux (L.R.Q., Chapitre R-22.1) Nous devons nous assurer que les signataires sont autorisés à le faire et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer

The above is in accordance with an act respecting health and social services information (chapter R-22.1). We must ensure that the person signing this form is authorized to do so. Please indicate the capacity in which the person is authorized to sign. (Curator, holder of parental authority)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Accès aux renseignements.</b><br><b>Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux</b><br><b>(articles 22 et suivants)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Access to information.</b><br><b>Act Respecting Health and Social Services Information</b><br><b>(Articles 22 and following)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Personne qui consent aux soins</b><br><p>Toute personne autorisée à donner son consentement aux soins d'une autre personne a le droit d'être informée et d'avoir accès à un renseignement concernant cette personne, à condition que cela soit nécessaire à l'exercice de ce pouvoir.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Person who consents to care</b><br><p>Any person authorized to give consent to the care of another person has the right to be informed and have access to information concerning that person, provided that this is necessary for the exercise of this power.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Tuteur ou mandataire</b><br><p>Le tuteur ou le mandataire d'un majeur inapte a le droit d'être informé et d'avoir accès à tout renseignement concernant ce majeur</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Tutor or mandatary</b><br><p>The tutor or mandatary of an incapable adult has the right to be informed and have access to information concerning that adult</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Héritier, le successible, le légataire particulier ou le liquidateur de la succession</b><br><p>L'héritier, le successible, le légataire particulier, le liquidateur de la succession, ou une personne désignée à titre de bénéficiaire d'une assurance-vie a le droit d'être informé et d'avoir accès à un renseignement concernant la personne décédée, à condition que cela soit nécessaire à l'exercice de ses droits et obligations.</p>                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Heir, successor, legatee by particular title, or a liquidator of the succession</b><br><p>The heir, the successor, the particular legatee, the liquidator of the estate, or a person designated as beneficiary of a life insurance has the right to be informed and to have access to information concerning the deceased person, if this is necessary for the exercise of its rights and obligations.</p>                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Conjoint, ascendant ou descendant</b><br><p>Le conjoint, l'ascendant direct ou le descendant direct d'une personne décédée a le droit d'être informé et d'avoir accès à un renseignement relatif à la cause de son décès, à moins que la personne décédée ait exprimé son refus à cet accès.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Spouse, ascendant or descendant</b><br><p>The spouse, direct ascendant or direct descendant of a deceased person has the right to be informed and have access to information relating to the cause of their death, unless the deceased person has expressed their refusal to do so.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Titulaire de l'autorité parentale ou tuteur</b><br><p>Lorsqu'un mineur âgé de moins de 14 ans est décédé, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur a le droit d'être informé et d'avoir accès aux renseignements concernant ce mineur. Ce droit d'accès ne s'étend toutefois pas à un renseignement de nature psychosociale.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Holder of parental authority or tutor</b><br><p>When a minor under the age of 14 has died, the holder of parental authority or the tutor has the right to be informed and to have access to information concerning this minor. This right of access does not extend to information of a psychosocial nature.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Maladie génétique ou maladie à caractère familial</b><br><p>Les personnes liées génétiquement à une personne décédée ont le droit d'être informées et d'avoir accès à un renseignement nécessaire pour vérifier l'existence d'une maladie génétique ou d'une maladie à caractère familial.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Genetic disease or hereditary disease</b><br><p>Persons genetically related to a deceased person have the right to be informed and to have access to information necessary to verify the existence of a genetic disease or a hereditary disease.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Documents à fournir pour l'obtention de renseignement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Document officiel qui prouve la tutelle, la curatelle ou le mandat</li> <li>• Formulaire de désignation d'un liquidateur par les héritiers</li> <li>• Testament ou mandat homologué par un juge</li> <li>• Recherches testamentaires qui prouvent qu'il n'y a pas de testament (Barreau du Québec et Chambres des notaires)</li> <li>• Copie du certificat de mariage pour les époux</li> <li>• Preuve de relation pour les ascendants ou descendants (ex.: certificat de naissance)</li> </ul>                                                                                         | <b>Documents to provide for obtaining information</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Official document which proves tutorship, curatorship, or mandate</li> <li>• Form for designation of a liquidator by the heirs</li> <li>• Will or a homologated mandate by the judge</li> <li>• Will searches which prove that there is no will (Barreau du Québec et Chambres des notaires)</li> <li>• Copy of marriage certificate for spouse</li> <li>• Proof of relationship for ascendants or descendants (e.g., birth certificate)</li> </ul>                                                              |
| <b>N.B.: La demande doit être signée</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Par l'usager lui-même s'il est âgé de 14 ans ou plus;</li> <li>– Par le titulaire de l'autorité parentale si l'usager est âgé de moins de 14 ans;</li> <li>– Par tout personne qui peut consentir aux soins d'une autre personne ou le tuteur ou le mandataire à la personne s'il s'agit d'une personne incapable de donner un consentement valable;</li> <li>– L'héritier, le successible, le légataire particulier, le liquidateur de la succession, ou une personne désignée à titre de bénéficiaire d'une assurance-vie.</li> <li>– Les personnes liées génétiquement à une personne décédée</li> </ul> | <b>N.B.: The request must be signed</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– By the person himself if he is 14 years of age or older</li> <li>– By the holder or parental authority if the person is younger than 14 years</li> <li>– By any person who can consent to the care of another person or the tutor or mandatary if it is a person incapable of giving valid consent</li> <li>– The heir, the successor, the individual legatee, the liquidator of the estate, or a person designated as the beneficiary of life insurance</li> <li>– People genetically related to a deceased person</li> </ul> |
| <b>***Exclusion pour la transmission par courriel</b><br><p>Les dossiers physiques non numérisés sont exclus des envois par courriel. Ceci inclus tous les dossiers de Lachine ainsi que les dossiers physiques du CUSM visant les années 2014 et moins.</p> <p>Un maximum de 30 pages est autorisé</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>***Exclusion for email transmission</b><br><p>Physical records that are not scanned are excluded from email transmission. This includes all Lachine hospital records as well as MUHC physical records for the years 2014 and under.</p> <p>A maximum of 30 pages is permitted</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |