OPTILAB Montréal-CUSM

Formulaire d'autorisation pour la transmission des résultats

Centre universitaire de santé McGill | McGill University Health Centre

Authorization Form For The Transmission Of Results

Médecin ou prescripteur autorisé / *Physician or Authorized Prescriber* **:** **N° Permis** / *License No.*

Médecin / *Doctor* ☐ **Infirmière** / *Nurse* ☐ ***Podiatre*** / *Podiatrist* ☐ **Résident** / *Resident* ☐

Pharmacien / *Pharmacist* ☐ **Dentiste** / *Dentist* ☐ **Sage-Femme** / *Midwife* ☐

Nom / *Last name*

Prénom / *First name*

Courriel / *Email*

Nom du bureau ou clinique / *Name of Office, Clinic*

Adresse du bureau ou clinique / *Address of Office or Clinic*

N° de bureau / *Office No.*

Ville / *City* *Province* **Code Postal** / *Postal Code*

Téléphone **Poste** / *Extension*

Numéro du télécopieur pour transmission des résultats / *Fax number for transmission of results*

Coordonnées requises pour la déclaration de valeurs critiques / *Contact Information required for Critical Value Reporting*

Numéro disponible 24/7 *Number available 24/7*

Télephone ***Cell*** ***Pagette***

* Je consens à recevoir les résultats de la grappe OptiLab CUSM par télécopieur. Je comprends qu'il est de ma responsabilité de veiller à ce que mon bureau ou ma clinique soit conforme aux normes de la ***Commission d'accès à l'information du Québec*** et que les rapports reçus par télécopieur demeurent confidentiels.

** I consent to receiving the OptiLab MUHC results by fax. I understand that it is my responsibility to ensure that my Office / Clinic conforms to the **Commission d'accès à l'information du Québec** and to ensure the confidentiality of the reports received by fax.*

Signature du médecin ou prescripteur autorisé / *Physician's or Authorized Prescriber's Signature* **:**

Date : 2 0 ____ /____/____
(année / mois / jour)

SVP, retourner cette déclaration par télécopieur signée à / *Please return this **signed** declaration by fax to*:

Services à la clientèle / Client Services

Télécopieur / fax: 514-934-4457

* Il est de la responsabilité du prescripteur d'informer les services aux clients de tout changement
** It is the responsibility of the prescriber to notify client services of any changes*