Centre universitaire de santé McGill | McGill University Health Centre

OPTILAB

Laboratoires Cliniques/ Clinical laboratories

Formulaire d'autorisation pour la transmission des résultats

Authorization form for the Transmission of Results

Médecin ou prescripteur autorisé / Physician or authorized prescriber**:**

☐ **Médecin** / *Doctor*	☐ **Infirmière** / *Nurse*	☐ **Podiatre** / *Podiatrist*	☐ **Resident** / *Resident*
☐ **Pharmacien** / *Pharmacist*	☐ **Dentiste** / *Dentist*	☐ **Sage-Femme** / *Midwife*	☐ **Diététiste** / *Dietitian*

Nom / Last name

Prénom/ First name:

No. Permis / License number:

Bureau, clinique ou laboratoire *(si applicable)* / Office, clinic or laboratory *(if applicable)*:

Nom de l'établissement/ Name of establishment :

Adresse du bureau, clinique ou laboratoire /Address of office, clinic or laboratory :

Ville/City | Province | Code Postale /Postal code

Téléphone /Telephone | 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* :

Téléphone

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 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 or Authorized Prescriber's Signature* **:**

_____

Date: 20____/____/____
(année/mois/jour) (year/month/day)

Répondant ou personne responsable désignée / *Contact person or delegate*

Téléphone /Telephone | Poste / Extension

SVP, retourner cette déclaration <u>signée</u> au Système Informatisé de laboratoire
Please return this <u>signed</u> declaration to Laboratory Information Systems
Télécopieur / fax : **514-938-7656**