



Dossier Médical Électronique (DMÉ) Demande d'acheminement électronique pour prescripteur

Nom du GMF/Clinique	
Adresse	
Ville/Province/Code Postal	
DMÉ utilisé	
Nom du responsable administratif de l'organisme	
Courriel responsable administratif	
Téléphone responsable administratif	

Je, _____ (*nom du prescripteur en lettres moulées*), ayant le
numéro de permis de pratique (ou numéro de prescripteur RAMQ pour IPS) _____,
accepte que les rapports et documents provenant du DCI Ariane soient versés électroniquement dans le
DMÉ de mon GMF/clinique à partir de la date suivante : _____.

Est-ce que cet organisme est mon lieu principal de pratique?
(Les copies conformes seront dirigées à cet endroit)

- Oui
 Non Indiquer le lieu principal de pratique : _____

Signature du prescripteur

Date

Fonction du prescripteur (médecin, IPS, infirmière....)

Signature du responsable administratif

Date

Envoyer ce formulaire à l'adresse suivante : soutien.tcr05@ssss.gouv.qc.ca