

## FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA TRANSMISSION AU FOURNISSEUR DE DMÉ DES RAPORTS D'IMAGERIE MÉDICALE

### Identification de la clinique médicale

Nom de la clinique médicale	
Adresse	
Courriel	
Téléphone (clinique)	
Télécopieur (clinique)	

### Identification du médecin responsable

Prénom et nom	
Numéro de pratique (7 chiffres)	

### Identification du fournisseur du DMÉ

Nom du fournisseur	
--------------------	--

### Engagement du médecin

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, médecin pratiquant à la clinique mentionnée ci-haut, autorise le Centre intégré universitaire (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean à transmettre des rapports d'imagerie médicale dont je suis le requérant ou en copie conforme, au fournisseur de dossier médical électronique (DMÉ) identifié ci-dessus et à cesser la transmission de ces résultats sous format papier dès l'activation.

Par la présente, je m'engage à convenir avec le fournisseur désigné des modalités de gestion et de conservation des renseignements cliniques concernant mes patients. Je m'engage également à informer le CIUSSS de tout changement de fournisseur de DMÉ ou de mon lieu de pratique.

### Signature du médecin

Signature	Date
-----------	------

Le formulaire signé doit être envoyé à : [reg02.dri.support@ssss.gouv.qc.ca](mailto:reg02.dri.support@ssss.gouv.qc.ca)