

CONSENTEMENT D'ACCES AU DOSSIER MÉDICAL

Concerne : NOM : _____

PRÉNOM : _____

RAMQ : _____

DOSSIER (si connu): _____

Je, soussignée (nom, prénom) _____

autorise les archives de l'hôpital _____

à fournir les renseignements suivants au RMTQ / Dr Annick PINA.

Tout élément susceptible de documenter un diagnostic de maladie ou néoplasie gestationnelle trophoblastique (ex. môle hydatiforme) me concernant :

- **TOUS** les dosages de β -hCG connus à ce jour
- Protocoles opératoires (gynécologiques, chirurgicaux, ...)
- Rapports de pathologie, immunohistochimie, cytométrie de flux, caryotype, génétique, ...
- Rapports d'examens radiologiques (échographies, imageries conventionnelles, Scan, IRM, ...)
- Prescriptions de chimiothérapie(s), dates de début et de fin de traitements
- Notes cliniques dès la prise en charge

Ces informations seront traitées dans le respect le plus strict de la confidentialité et du secret médical. Elles ne seront pas diffusées sans mon autorisation.

J'autorise les archives à transmettre au RMTQ/Dr Annick PINA tous les résultats de laboratoire, consultations et examens à venir à ce sujet pour une période de un (1) an à compter de la date de signature.

Lieu et date

Signature **Patiente**

Autorisation à faxer au RMTQ / D^r Annick PINA (514) 412-7843 .