Demande d'informations au dossier médical par le patient

Prénom et Nom : _____

Date de naissance : _____

Par la présente, je demande à la clinique médicale Mon Doc de me remettre des documents provenant de mon dossier médical :

- ❑ Notes médicales des médecins et IPSPL consultés chez Mon Doc
- ❑ Rapport de consultation en spécialité (à l'extérieur de Mon Doc)
- ❑ Résultats (prises de sang, imagerie)
- ❑ Formulaire assurance complétés
- ❑ Formulaires CNESST complétés
- ❑ Autres : _____

Période (date) visée par la présente demande :

- Du (date) : _____ Au (date) : _____

Choix du mode de transmission

❑ **Portail-patient** (Pomelo par Telus) - **SANS FRAIS**

Si votre portail-patient n'est pas déjà activé, vous recevrez un courriel vous invitant à le faire. Veuillez confirmer le courriel qui doit être associé à votre portail.

Courriel : _____

❑ **Support numérique (Clé USB) – SANS FRAIS**

Lorsque les documents auront été préparés, vous serez avisé et vous devrez présenter avec une clé USB nous permettant d'y déposer vos documents.

❑ **Option : Format papier – AVEC FRAIS**

Je refuse le support numérique gratuit (portail-patient ou clé USB). Je désire de recevoir mon dossier sous format papier. Je reconnais que ce choix engendre des frais de reproduction de 0,10 $ par page, payables au moment de la remise.

À qui doit-on remettre les informations ?

- ❑ Moi-même
- ❑ Nom de la personne autorisée : _____

REMISE D'UN DOSSIER MÉDICAL - Sécurité des données

Par la présente, je reconnais et accepte les conditions suivantes :

- **Responsabilité de la garde et de la sécurité des données**

  Je reconnais que les renseignements médicaux qui me seront remis sont hautement confidentiels. Dès que les documents sont téléchargés du portail ou de la clé USB ou dès réception des documents papiers, j'assume l'entière et pleine responsabilité de sa garde. Mon Doc ne peut être tenu responsable en cas de perte, de vol, de bris, d'accès non autorisé par des tiers ou de divulgation de mes renseignements personnels résultant de ma manipulation ou de la perte du support de stockage ou des documents.

- **Intégrité et exactitude des données**

  Les données médicales sont remises à titre de copie de mes dossiers. Il est de ma responsabilité de m'assurer que la lecture et l'utilisation des fichiers se font via un environnement informatique adéquat et sécurisé. Mon Doc décline toute responsabilité quant aux dommages causés à mon équipement informatique (ex. : virus, logiciels malveillants) ou à toute altération des fichiers qui surviendrait après la remise de la clé.

- **Utilisation des informations**

  Ces documents me sont fournis pour mon information personnelle ou pour être transmis à un professionnel de la santé de mon choix. Je dégage Mon Doc et tous les professionnels travaillant chez Mon Doc de toute responsabilité découlant d'une mauvaise interprétation de ces données ou d'une utilisation faite en dehors des recommandations de mon équipe médicale. En cas de transfert de ces informations à un tiers (ex. Assureur, employeur, etc.), je comprends que je suis l'unique responsable des informations envoyées et qu'il est de ma responsabilité de caviarder ou de retirer les documents non pertinents.

Signature du patient(e) : _____ **Date:** _____