

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER MÉDICAL**

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance du patient : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier de l'ICM si connu : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

J'autorise l'Institut de Cardiologie de Montréal à faire parvenir à l'adresse suivante :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Une copie du ou des documents suivants :

Résultat de laboratoire

Résultat du ou des examens suivants : \_\_\_\_\_

Résumé de dossier

Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

Pour les soins, la visite ou l'examen se rapportant à ou aux dates suivantes :

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PATIENT : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_