

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



Nom et prénom à la naissance MADAME EXTRA	
Nom actuellement utilisé	
Adresse actuelle de l'usager	
N° de la RAMQ EXTM 5255 2303	Date de naissance Année Mois Jour 1 9 5 2 0 5 2 3

N° de dossier : **12345** Date d'admission : **01-04-2024**

Nom et prénom du père	Nom et prénom de la mère
Autres noms utilisés antérieurement	

Je, soussigné-e, _____
Nom et adresse

En ma qualité de _____
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement **CISSS de Lanaudière ***

À faire parvenir à **Pharmacie XYZ Fax : 450-450-1234**

Les renseignements suivants : **Sommaire d'hospitalisation ***

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : **15 au 26 mars 2024**

Contenus dans le dossier de l'usager ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de **14** jours à compter de la date de la signature de ce document.

Consentement verbal obtenu le : _____
Signataire : usager ou personne autorisée

Année	Mois	Jour
2 0 2 4	0 3	2 6
Date		

Pharmacien en devoir # licence : 12345 _____
Témoïn à la signature

Année	Mois	Jour
2 0 2 4	0 3	2 6
Date		

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.