OPTILAB Montréal-CUSM

Formulaire d'autorisation pour la transmission de résultats par télécopieur

Authorization form for the reception of laboratory results by Fax

Médecin ou prescripteur autorisé / Physician or authorized prescriber:

Nom / Last name Prénom/ First name:

No. Permis / License number:

Bureau, clinique ou laboratoire *(si applicable)* / Office, clinic or laboratory *(if applicable)* :

Nom / Name

Adresse du bureau, clinique ou laboratoire /Address of office, clinic or laboratory:

Ville/City Province Code Postale /Postal code

Téléphone /Telephone Poste / Extension

Numéro du télécopieur pour transmission des résultats / Fax number for transmission of results :

Je consens à recevoir les résultats des laboratoires du CUSM par télécopieur. Je comprends que c'est ma responsabilité d'assurer que mon bureau ou clinique soit conforme aux normes de la ***Commission d'accès à l'information du Québec*** et s'assure que les rapports reçus par télécopieur soient gardés confidentiels.

I consent to receiving the MUHC laboratory results by fax. I understand that it is my responsibility to ensure that my office/clinic conforms to the ***Commission d'accès à l'information du Québec*** and to ensure that the reports received by fax will be confidential.

Signature du médecin ou prescripteur autorisé / Physician or authorized prescriber's Signature:

_____ Date: 20____/_____/____

(année/mois/jour)

(year/month/day)

Répondant ou personne responsable désignée / Contact person or delegate

Téléphone /Telephone Poste / Extension

SVP, retourner cette déclaration **signée** à / Please return this **signed** declaration to:

Services à la clientèle / Client Services

Laboratoires Cliniques du CUSM

1001 boul Décarie, E04.1650, Montréal, Qc, H4A 3J1

Téléphone : 514-934-1934 poste / ext 35687

Télécopieur / fax : **514-934-4457**