

# **B** *Demande de copies ou de transfert de dossier de l'extérieur vers la clinique de santé Jacques-Cartier*

**Date** : \_\_\_\_\_ **Adresse** : \_\_\_\_\_

**Nom du patient** : \_\_\_\_\_

**Date de naissance** : \_\_\_\_\_ **Nom du demandeur** : \_\_\_\_\_

**Urgent**       **Non-urgent**

Par la présente, j'autorise :

CHUS

Dr : \_\_\_\_\_

Autre établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

À faire parvenir à :

**Nom du médecin** : \_\_\_\_\_

**CLINIQUE DE SANTÉ JACQUES-CARTIER**

**Adresse** : 1815, rue King Ouest, bureau 200

Sherbrooke (Québec) J1J 2E3

Feuille sommaire de l'hospitalisation

Résumé de dossier

Visite à l'urgence avec les copies des tests de  
laboratoire et Rx

Copie des tests suivants : \_\_\_\_\_

Date approximative de la visite : \_\_\_\_\_

Copie du protocole opératoire (et pathologique) de  
la chirurgie suivante : \_\_\_\_\_

Visite à la clinique externe

Autres : \_\_\_\_\_

Avec Dr : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Copie complète du dossier

**Prenez note que la clinique qui détient actuellement votre dossier peut appliquer des frais de photocopies et d'expédition.**

## **Signature**

Signature du patient :

x \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du demandeur :

x \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_