

**CONSENTEMENT D'ACCES AU DOSSIER MÉDICAL**

Concerne : NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

RAMQ : \_\_\_\_\_

# DOSSIER (si connu): \_\_\_\_\_

Je, soussignée (nom, prénom) \_\_\_\_\_

autorise les archives de l'hôpital \_\_\_\_\_

à fournir les renseignements suivants au RMTQ / Dr Ph. SAUTHIER.

Tout élément susceptible de documenter un diagnostic de maladie ou néoplasie gestationnelle trophoblastique (ex. môle hydatiforme) me concernant :

- **TOUS** les dosages de  $\beta$ -hCG connus à ce jour
- Protocoles opératoires (gynécologiques, chirurgicaux, ... )
- Rapports de pathologie, immunohistochimie, cytométrie de flux, caryotype, génétique, ...
- Rapports d'examens radiologiques (échographies, imageries conventionnelles, Scan, IRM, ... )
- Prescriptions de chimiothérapie(s), dates de début et de fin de traitements

Ces informations seront traitées dans le respect le plus strict de la confidentialité et du secret médical. Elles ne seront pas diffusées sans mon autorisation.

**J'autorise les archives à transmettre au RMTQ/Dr Sauthier tous les résultats de laboratoire, consultations et examens à venir à ce sujet pour une période de un (1) an à compter de la date de signature.**

---

lieu et date

---

Signature **Patiente**

**Autorisation à faxer au RMTQ / D<sup>r</sup> Ph. SAUTHIER (514) 412-7604  
ou à l'adresse ci-dessous.**