



Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

AAAA / MM / JJ

**CONSENTEMENT POUR ÉCHANGE D'INFORMATION
SUR LE PROFIL PHARMACEUTIQUE**

Numéro d'assurance maladie: _____

Du CSSS Lucille-Teasdale

CLSC de Hochelaga-Maisonneuve
Fax: 514-253-4550

CLSC Olivier-Guimond
Fax: 514-255-2852

CLSC de Rosemont
Fax: 514-524-7734

Autre site: _____
Fax: _____

ET

PHARMACIE

Je soussigné(e), consens de façon libre et éclairée, à l'échange d'information concernant mon profil pharmaceutique permettant le suivi entre tous les membres de l'équipe multidisciplinaire des établissements ci-dessus nommés.

Il est entendu:

- que cet échange d'information pourra être fait verbalement ou par écrit.
- que ce consentement est valable pour une période d'une année.

A noter que ce consentement pourra être révoqué en tout temps par l'utilisateur ou son représentant légal.

Date (aaaa/mm/jj)

Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal (titre)

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE