

DEMANDE D'ACCÈS À L'INFORMATION Dossier Santé Québec (DSQ)

Section A : IDENTIFICATION ¹					
Les champs qui affichent un astérisque doivent obligatoirement être remplis.					
* Numéro d'assurance maladie RAMQ		* Nom de famille		* Prénom	
* Date de naissance Année Mois Jour		* Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	* Adresse (rue, appartement)		
* Ville			* Province		* Code postal
* Ind. rég.	* Téléphone (jour)	Ind. rég.	Téléphone (soir)	Courriel	
* Nom de la mère à la naissance		* Prénom de la mère		* Nom du père	* Prénom du père



¹IMPORTANT : Afin de prévenir l'usurpation d'identité et de protéger vos renseignements personnels, votre demande doit obligatoirement être accompagnée d'une copie d'un document d'identité valide avec photo et signature (carte d'assurance-maladie, permis de conduire, passeport, etc.) et transmise par la poste ou par télécopieur. L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de votre demande.

Section B : IDENTIFICATION DU PARENT, REPRÉSENTANT OU MANDATAIRE					
Remplir cette section lorsque vous faites une demande au nom de la personne identifiée dans la section A. Joindre un document autorisant la communication (consentement, procuration ou décision du tribunal) si nécessaire.					
Nom de famille		Prénom	Ind. rég.	Téléphone (jour)	Lien avec la personne
Adresse (rue, appartement)			Ville	Province	
Code postal		Courriel			

Section C : TYPE DE DEMANDE
Je comprends que certains frais peuvent s'appliquer et que j'en serai informé au préalable.
<input type="checkbox"/> Copie des renseignements me concernant visibles par les intervenants
Copie des renseignements me concernant contenus dans les banques de renseignements du DSQ (préciser s'il y a lieu)
<input type="checkbox"/> Tous <input type="checkbox"/> Médicament <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Imagerie médicale <input type="checkbox"/> Ordonnance électronique <input type="checkbox"/> Registre des refus
<input type="checkbox"/> Liste des personnes, organismes ou sociétés ayant eu accès aux renseignements me concernant
Informations additionnelles, s'il y a lieu

Section D : SIGNATURE	
Signature	Date (année / mois / jour)

Veuillez retourner le formulaire par télécopieur au 418 266-7024
ou par la poste à l'adresse suivante :
Responsable de l'accès DSQ
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 4^e étage, Québec (Québec), G1S 2M1
http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/responsable.php
Pour toute assistance à remplir le formulaire, veuillez contacter : SERVICES QUÉBEC
(Montréal) 514 644-4545 – (Québec) 418 644-4545 – (sans frais) 1 877 644-4545