

## DEMANDE D'ACCÈS À L'INFORMATION

### Dossier Santé Québec (DSQ)

Section A : IDENTIFICATION <sup>1</sup>					
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



**<sup>1</sup>IMPORTANT** : 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)
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<sup>e</sup> étage, Québec (Québec), G1S 2M1  
[http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces\\_info/responsab](http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/responsab)

Pour toute assistance à remplir le formulaire, veuillez contacter : Régie de l'assurance maladie du Québec  
(Québec) 418 646-4636 - (Montréal) 514 864-3411 - (Ailleurs au Québec) 1 800 561-9749