

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.** Notez que si des renseignements obligatoires sont manquants, incomplets ou inexacts, votre demande pourrait ne pas être traitée ou son traitement pourrait être retardé.

Section A : IDENTIFICATION

Les champs qui affichent un astérisque doivent obligatoirement être remplis.

* Nom de famille		* Prénom	
* Date de naissance AAAA/MM/JJ	* Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	* Adresse (rue, appartement)	
* Ville		* Province	* Code postal
* Numéro de téléphone (jour) () -	Numéro de téléphone (soir) () -	Courriel	
* Nom de la mère à la naissance		* Prénom de la mère	
Nom du père		Prénom du père	
* Pièce d'identification : Carte d'assurance maladie	* Numéro d'assurance maladie 		* Date d'expiration AAAA/MM

Section B : IDENTIFICATION DU PARENT, TUTEUR, CURATEUR 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	
Adresse (rue, appartement)			
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone (jour) () -	Lien avec la personne	Courriel	

Section C : TYPE DE DEMANDE

J'annule mon refus. Tous mes renseignements de santé pourront être désormais communiqués au moyen du DSQ.

Je refuse que mes renseignements de santé soient communiqués au moyen du DSQ

Indéfiniment **ou** Jusqu'à la date suivante : AAAA / MM / JJ

Motifs du refus (cocher les choix qui s'appliquent) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je ne vois aucun avantage à ce que mes renseignements de santé soient communiqués. | <input type="checkbox"/> Il m'est impossible de limiter l'accès à certains professionnels de la santé. |
| <input type="checkbox"/> Mon refus fait suite à une discussion avec mon médecin. | <input type="checkbox"/> J'ai eu une mauvaise expérience. |
| <input type="checkbox"/> Mon refus fait suite à une discussion avec ma famille. | <input type="checkbox"/> Je refuse de donner un motif. |
| <input type="checkbox"/> Je n'ai pas confiance envers la sécurité et la confidentialité. | <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez : |

Section D : SIGNATURE OBLIGATOIRE

Signature	* Date AAAA/MM/JJ
-----------	----------------------

Veuillez retourner le formulaire accompagné d'une copie d'un document d'identité valide avec photo et signature par la poste à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service des relations avec la clientèle du Dossier santé
1125, Grande-Allée Ouest, Q059
Québec (Québec), G1S 1E7

Pour toute assistance à remplir le formulaire, veuillez contacter la Régie de l'assurance maladie du Québec au numéro de téléphone 418 646-4636 (région de Québec) ou 514 864-3411 (région de Montréal) ou 1 800 561-9749 (ailleurs au Québec).