



2 - 9 8 - - - - -
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AUX DOSSIERS DE LA MÈRE ET DU BÉBÉ

Nom et prénom à la naissance (mère du bébé)

Nom actuellement utilisé (mère du bébé)

Adresse actuelle de la mère du bébé

No de la RAMQ de la mère du bébé Date de naissance de la mère du bébé

	A		M		J				
--	---	--	---	--	---	--	--	--	--

Nom et prénom du père du bébé Nom et prénom de la mère (i.e. grand-mère maternelle du bébé)

Nom et prénom du bébé Sexe: féminin ou masculin

No de la RAMQ du bébé Date de naissance du bébé

	A		M		J				
--	---	--	---	--	---	--	--	--	--

Statut du formulaire	
Complété	1
Non complété	2

Date de l'admission pour l'accouchement

Je, soussigné(e), _____
Nom et adresse de la mère

En ma qualité de _____
Bénéficiaire ou personne autorisée

Autorise l'établissement _____
Nom et l'adresse de l'hôpital où a eu lieu l'accouchement de l'enfant sélectionné

À faire parvenir à: **Mireille Jetté**, coordonnatrice, **Santé Québec**
1200 avenue McGill College, suite 1620, Montréal (Québec), H3B 4J8, Tél. : (514) 873-4749

- les renseignements suivants :
- Mère :**
- 1) Résumé du Dossier obstétrical complet de la mère
 - 2) Compte-rendu d'examen anatomopathologique du placenta
 - 3) Feuille sommaire - C.H. de courte durée
- Bébé :**
- 1) Résumé du dossier complet du bébé
 - 2) Compte-rendu de l'examen du sang au cordon ombilical

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : du _____ au _____ contenus dans le dossier des bénéficiaires ci-dessus identifiés.

Cette autorisation est valable pour une période de 90 jours à compter de la date de la signature de ce document.

Signature : bénéficiaire ou personne autorisée

A		M		J			
Date							

Témoin à la signature : (Intervieweuse Santé Québec / BIP)

A		M		J			
Date							

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs.