En 2002... J'avais 5 ans !

2	-	0	3	-		-		-			-							
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 de l'enfant sélectionné

Nom et prénom à la naissance (mère de l'enfant sélectionné)

Nom actuellement utilisé (mère de l'enfant sélectionné)

Adresse actuelle de la mère de l'enfant sélectionné

No de la RAMQ de la mère de l'enfant sélectionné

Date de naissance de la mère de l'enfant sélectionné
A M J

Nom et prénom du père de l'enfant sélectionné

Nom et prénom de la mère
(i.e. grand-mère maternelle de l'enfant sélectionné)

Nom et prénom de l'enfant sélectionné

E F S Sexe : féminin ou masculin

No de la RAMQ de l'enfant sélectionné

Date de naissance de l'enfant sélectionné
A M J

Statut du formulaire

Refusé 1
Fratrie née hors Québec.....2
Enfant de l'ex-femme.....3
Autres, précisez _____4
Vérifié par firme 5

Date de l'admission pour l'accouchement :

(Année) (Mois) (Jour)

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**, coordonnateure, **Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec**,
1200 avenue McGill College, Montréal (Québec), H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749 ou (sans frais) 1 877 677-2087

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

Enfant sélectionné :
1) Résumé du dossier complet de l'enfant sélectionné incluant la Feuille sommaire - C.H. de courte durée et l'Examen objectif du nouveau-né
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 — (Année) (Mois) (Jour)

Témoin à la signature : (Intervieweure Santé Québec / firme) — (Année) (Mois) (Jour)

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

Pour consultation seulement