

**Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide
Formulaire de consentement à la divulgation
de renseignements médicaux**

À : _____
(Nom du médecin, de l'hôpital ou du professionnel de soins de santé)

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Je, _____, PAR LE PRÉSENT FORMULAIRE DE CONSENTEMENT, VOUS AUTORISE à transmettre à l'administrateur du programme canadien d'appui aux survivants de la thalidomide :

une copie complète de mon dossier médical, y compris les notes cliniques, les archives, les avis médicaux, les résultats de tests, les rapports de radiographies et tous les documents portant sur mon état physique et mon état pathologique attribuable à la thalidomide et sur toute autre maladie, sans quelque limite que ce soit, remontant à dix-huit mois (18) avant ma dernière visite médicale. Je vous demande et vous donne également l'autorisation de discuter, de divulguer tout renseignement et de fournir des avis médicaux sur ma santé par téléphone ou par écrit à l'Administrateur et ou à ses agents aux fins d'évaluer mon niveau d'invalidité dans le cadre du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide.

Date de naissance (mm/jj/aaaa) : _____

Numéro de la carte d'assurance santé provinciale : _____

Je comprends que les renseignements en question :

- serviront uniquement à l'évaluation de mon niveau d'invalidité afin d'établir le montant de mon paiement annuel continu en vertu du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide;
- sont confidentiels et, sauf tel que requis par la Loi, ne seront utilisés et divulgués qu'aux fins de l'administration du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide.

Nom du patient (écrire en lettres moulées)

Nom du témoin (écrire en lettres moulées)

Signature du patient

Signature du témoin

Date (mm/jj/aaaa)

Date (mm/jj/aaaa)

À transmettre par la poste à :

**Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide
CP 507 SUCC B
Ottawa (Ontario), K1P 5P6
Courriel : info@pcsstcanada.ca; télécopieur: 1-866-262-0816**