



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

**DEMANDE D'ACCÈS À UN DOSSIER
MÉDICAL DONT LE COLLÈGE DES
MÉDECINS EST CESSIONNAIRE OU
GARDIEN PROVISOIRE**

Retourner par l'une des
deux options suivantes :

Collège des médecins du Québec -
Cession de dossiers médicaux (DAJ)
1250, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 3500
Montréal (Québec) H3B 0G2

cessiondossiers@cmq.org (courriel)

| | |
|---|--|
| 1) Inscrire vos coordonnées | |
| Nom : | Prénom : |
| Téléphone Jour : | Autre : |
| Inscrire votre numéro de carte d'assurance maladie : _____ | |
| Joindre aussi une photocopie de votre carte d'assurance maladie à la demande | |
| 2) Inscrire le nom du médecin dont le Collège a la garde des dossiers médicaux (consulter la section "Cession de dossier" d'un médecin dans le bottin des médecins pour valider qui si le Collège à la garde des dossiers) | |
| Nom : | Prénom : |
| 3) Sélectionner un mode de transmission | |
| <input type="checkbox"/> Poste prioritaire Adresse postale complète : | <input type="checkbox"/> Envoi par courriel via un site sécurisé Adresse courriel : |

X

X

Signature du demandeur (ou titulaire de
l'autorité parentale si moins de 14 ans)

Date

Les renseignements que vous nous fournissez seront traités de façon confidentielle et ne seront communiqués qu'aux seules personnes autorisées à traiter votre demande. Vous recevrez une copie de votre dossier médical, sans frais, dans les vingt jours suivant la réception du présent formulaire dûment complété.

Pour toute question, vous pouvez communiquer avec nous par téléphone au numéro 514-933-4441 poste 5587 ou au numéro sans frais (extérieur de Montréal) : 1 888 MÉDECIN (633-3246).

| Section réservée au Collège seulement | |
|--|--|
| Infos devant apparaître dans l'aspect de signature : | |
| - Nom du Médecin vérificateur | |
| - Date | |
| - Autorisation pour transmission (Complète, Partielle ou Autre) | |
| - Commentaires, si transmission partielle ou autre | |

Mise à jour : Janvier 2023