



DEMANDE DE DESTRUCTION COMPLÈTE DE RENSEIGNEMENTS

Selon l'article 176 de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (L.R.Q., chapitre P-9.0001), ci-après appelée « Loi »

Les champs qui affichent un astérisque (*) doivent obligatoirement être remplis.

Section A : IDENTIFICATION DE L'USAGER											
* Numéro d'assurance maladie RAMQ						BERH43012613			* Prénom		* Nom
									Hervé		Bertrand
* Date de naissance		Année	Mois	Jour	* Sexe		* Adresse				
		1943	01	26	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M		135 Therrien				
* Ville							* Province			* Code postal	
Ste- Anne des Plaines							Québec			JON 1H0	
* Ind. rég.	* Téléphone principal		Ind. rég.	Téléphone secondaire		Courriel					
450	478-1734		514	797-1835		h1bertrand@videotron.ca					
Identification de la mère et du père, lorsqu'ils sont connus											
Prénom de la mère biologique			Nom de la mère biologique (à la naissance)			Prénom du père biologique			Nom du père biologique		
inconnu			inconnu			inconnu			inconnu		
Prénom de la mère adoptive			Nom de la mère adoptive (à la naissance)			Prénom du père adoptif			Nom du père adoptif		
Section B : IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL											
Remplir cette section seulement si vous faites une demande au nom de l'utilisateur identifié dans la section A.											
* Prénom			* Nom			* Ind. rég.		* Téléphone		* Lien avec l'utilisateur	
* Adresse				* Ville				* Province		* Code postal	
Courriel						Veillez joindre à cette demande une délégation écrite originale ou une copie du document prouvant votre titre de représentant légal.					
Section C : DEMANDE DE DESTRUCTION COMPLÈTE DE RENSEIGNEMENTS											
Je, soussigné, exige la destruction complète des renseignements inscrits entre le 1 ^{er} janvier 1935 et le 31 décembre 1964 dans le dossier qu'un établissement de santé et de services sociaux tient pour la personne identifiée à la section A ci-dessus, alors âgée de moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique décrit à l'article 176 de la Loi et spécifié ci-après.											
Veillez spécifier, selon l'information que vous détenez, le nom de l'hôpital psychiatrique où l'utilisateur a été admis à moins de 21 ans :											
Nom de l'hôpital psychiatrique				Date d'admission		Année		Mois	Jour	Date de départ	
Hôpital Mont-Providence						1950		12	09	1959	
										06	
										20	
				Date d'admission		Année		Mois	Jour	Date de départ	
Prénom et nom utilisés lors des hospitalisations, si différents de la section A				Prénom				Nom			
Informations additionnelles											
J'aimerais avoir une copie de mon dossier avant la destruction.											
Accusé de réception : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						Confirmation de la destruction : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Section D : SIGNATURE											
Signature de l'utilisateur ou du représentant légal						Date			Année	Mois	Jour
Hervé Bertrand									2013	10	08

Veillez retourner le présent formulaire à l'adresse de l'établissement responsable des dossiers de l'hôpital spécifié à la section C tel qu'identifié à l'Annexe 1 ci-jointe.
Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire, veuillez communiquer (sans frais) à 1 877 644-4945.