Santé et Services sociaux Québec ...



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

Hôpital Mont-Providence Date d'admission 1950 12 09 Date de départ 1959 06 2	Les champs qui affichent un asterisque (*) doivent oi	ongatorremer	it etre r	empiis.							
** Numero a sisterande maladie RAMQ ** Date de natissance 1943 01 26 F M 135 Therrien ** Vilile ** Frevince ** Code postal John Information que vous détenez, le nom de l'bojetal psychiatrique de'rtà à l'article 176 de la Loi et spécific d'-après. ** Vilile ** Prénom de la mêre adoptive Nom de la mêre adopt	Section A : IDENTIFICATION DE L'USAGER										
* Date de navissance 1943 01 26		4 1 3 Hervé									
** Date de naissance 1943 01 26	DLNH430112				~						
Ste-Anne des Plaines *Ind. rég. * Téléphone principal Ind. rég. * Téléphone secondaire A50 478-1734 514 797-1835 The trand@videotron.ca Ind. rég. * Téléphone principal Nom de la mère et du père, lorsqu'ils sont connus Prénom de la mère biologique Nom de la mère biologique Inconnu Inconu Inconnu Inconnu Inconnu Inconnu Inconnu Inconnu I	* Date de		ien								
* Ind. rég. * Téléphone principal 450 478-1734 514 797-1835 h1bétrand@videotron.ca Identification de la mère et du père, Iorsqu'ils sont connus Prénom de la mère biologique Norm de la mère biologique (à la naissance) Prénom du père biologique Inconnu Inconnu Norm de la mère adoptive (à la naissance) Prénom du père adoptif Norm du père adoptif Norm du père adoptif Norm du père adoptif **Section B : IDENTIFICATION DU REPRESENTANT LEGAL** Remplir cette section seulement si vous faites une demande au norm de l'usager identifié dans la section A. **Prénom *Norm *Ind. rég. * Téléphone **Lien avec l'usager **Adresse *Ville **Province **Code postal** **Courriel Veuillez joindre à cette demande une délégation écrite originale or une copie du document prouvant votre titre de représentant légal.* **Section C : DEMANDE DE DESTRUCTION COMPLETE DE RENSEIGNEMENTS* Je, soussigné, exige la destruction complète des renseignements inscrits entre le 1**jarvier 1935 et le 31 décembre 1964 dans le dossier qu'un établissement de sant et de services sociaux lietin pour la personne identifiée à la section A c'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 spécifiér d-après. Veuillez spécifier, selon l'information que vous détenez, le nom de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de nom utilisés lors des hospitalisations, si différents de la section A l'année Mois Jour Date de départ 1959 06 2 2 2 2 2 2 2 2 2	* Ville	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	T	* Province			*	Code pos	stal		
Afe-1734		atasi .	Québec			JON 1H0					
Prénom de la mère et du père, lorsqu'ils sont connus Prénom de la mère biologique Nom de la mère biologique (a la naissance) Prénom du père biologique inconnu inconnu inconnu inconnu Prénom du père adoptif Nom du père adoptif	* Ind. rég. * Téléphone principal Ind. rég. Téléphone secondaire										
Prénom de la mère biologique inconnu Prénom de la mère adoptive (à la naissance) Prénom du père adoptif Nom du père du pare du per du per du per adoptif Nom du père du per	450 478-1734 514 797-1835 h1berand@videotron.ca										
inconnu inconnu inconnu inconnu inconnu inconnu Prénom de la mère adoptive (à la naissance) Prénom du père adoptif Nom du père adoptif N											
Prénom de la mère adoptive Nom de la mère adoptive (à la naissance) Prénom du père adoptif Nom du père ado	Prénom de la mère biologique (à la naissance) Prénom du père biologique Nom du père biologique										
Section B : IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LEGAL											
Remptir cette section seulement si vous faites une demande au nom de l'usager identifié dans la section A. * Prénom * Nom * Ind. rég. * Téléphone * Lien avec l'usager * Lien av	Prénom de la mère adoptive Nom de la mère adoptive (à la l	Nom de la mère adoptive (à la naissance) Prénom du			ère adoptif			Nom du père adoptif			
* Adresse	Section B : IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT	LEGAL									
*Adresse	Remplir cette section seulement si vous faites une dema	ande au nom de	e l'usage	er identifié d	lans la s	section A.					
Veuillez joindre à cette demande une délégation écrite originale ou une copie du document prouvant votre titre de représentant légal. Section C : DEMANDE DE DESTRUCTION COMPLETE DE RENSEIGNEMENTS Je, soussigné, exige la destruction complète des renseignements inscrits entre le 1et janvier 1935 et le 31 décembre 1964 dans le dossier qu'ur 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. Veuillez spécifier, selon l'Information que vous détenez, le nom de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins	* Prénom * Nom				* Lien ave						
Section C: DEMANDE DE DESTRUCTION COMPLETE DE RENSEIGNEMENTS Je, soussigné, exige la destruction complète des renseignements inscrits entre le 1er 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. Veuillez spécifier, selon l'information que vous détenez, le nom de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission que vous détenez, le nom de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission que vous détenez, le nom de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de loi de la ci-après. Prénom et nom utilisés lors des hospitalisations, si différents de la section A Informations additionnelles J'aimerais avoir une copie de mon dossier avant la destruction.	* Adresse				* Provi	nce	*	Code pos	stal		
Section C : DEMANDE DE DESTRUCTION COMPLETE DE RENSEIGNEMENTS Je, soussigné, exige la destruction complète des renseignements inscrits entre le 1er janvier 1935 et le 31 décembre 1964 dans le dossier qu'ur 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. Veuillez spécifier, selon l'Information que vous détenez, le nom de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans l'usager a été admis à moins	Courriel	Variet	(- (,		
Je, soussigné, exige la destruction complète des renseignements inscrits entre le 1ec janvier 1935 et le 31 décembre 1964 dans le dossier qu'ur 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. Veuillez spécifier, selon l'information que vous détenez, le nom de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins d											
Je, soussigné, exige la destruction complète des renseignements inscrits entre le 1ec janvier 1935 et le 31 décembre 1964 dans le dossier qu'ur 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. Veuillez spécifier, selon l'information que vous détenez, le nom de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins d	Section C : DEMANDE DE DESTRUCTION COMPL	ETE DE BEN'	SEIGNE	MENTS							
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. Veuillez spécifier, selon l'information que vous détenez, le nom de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission que vous détenez, le nom de l'hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moment de son admission dans un hôpital psychiatrique où l'usager a été admis à moins de 21 ans au moins de 2					t lo 31 d	ácambra 196	M dane le	dosciar	an,nb		
Nom de l'hôpital psychiatrique Hôpital Mont-Providence Date d'admission 1950 12 09 06 2 2 2 2 2 2 2 2 2	établissement de santé et de services sociaux tient pour la	personne identi	fiée à la	section A ci-	dessus,	alors âgée d					
Nom de l'hôpital psychiatrique Hôpital Mont-Providence Date d'admission 1950 12 09 06 2 2 2 2 2 2 2 2 2	Veuillez spécifier, selon l'information que vous détenez,	le nom de l'hô	oital psv	chlatrique d	où l'usa	ger a été ad	mis à mo	oins de 2	21 ans :		
Hôpital Mont-Providence d'admission 1950 12 09 de départ 1959 06 2 Date d'admission Date de départ de des de départ de des d			CONTRACTOR CONTRACTOR CONTRACTOR		Province and a second	The second second second second	WITH THE REAL PROPERTY AND ADDRESS OF THE PARTY AND ADDRESS OF THE PART	- Contractor - Con	Jour		
Prénom et nom utilisés lors des hospitalisations, si différents de la section A Informations additionnelles J'aimerais avoir une copie de mon dossier avant la destruction.	Hônital Mont-Providence	d'admission	1950	12	09	de départ	1959	06	20		
Prénom et nom utilisés lors des hospitalisations, si différents de la section A Informations additionnelles J'aimerais avoir une copie de mon dossier avant la destruction.	Tropical Motic Frovidorios	Dete	Année	Mois	Jour	Dete	Année	Mois	Jour		
Prénom et nom utilisés lors des hospitalisations, si différents de la section A Informations additionnelles J'aimerais avoir une copie de mon dossier avant la destruction.				1 1	desperie			1	1		
J'aimerais avoir une copie de mon dossier avant la destruction.	Prénom et nom utilisés lors des hospitalisations, si différents de la section A	Prénom			N	om		in in the second			
J'aimerais avoir une copie de mon dossier avant la destruction.	Informations additionnelles										
					-						
Acquiré de récontine : X Qui Nos	J'aimerais avoir une copie de mon dossier avant i	a destruction	1.								
	Accusé de réception : X Oui Non		Со	nfirmation de	e la dest	ruction:	× O	ji 🗀	Non		
Section D : SIGNATURE	Section D : SIGNATURE	1									
Date Date		Ukran	0			Date			Jour 08		

Veuillez 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.