

SECTION 1

Veillez compléter toutes les informations demandées / Please complete all information requested

Médecin ou prescripteur autorisé / Physician or authorized prescriber	<input type="checkbox"/> Médecin / Doctor	<input type="checkbox"/> Pharmacien / Pharmacist	<input type="checkbox"/> Podiatre / Podiatrist	<input type="checkbox"/> Résident / Resident
	<input type="checkbox"/> Infirmière / Nurse	<input type="checkbox"/> Dentiste / Dentist	<input type="checkbox"/> Sage-Femme / Midwife	<input type="checkbox"/> Diététiste / Dietitian
Nom complet / Full name	<input type="text"/>			
Numéro d'étude clinique si applicable/ Clinical trial number if applicable	<input type="text"/>			
No. Permis / License number	<input type="text"/>			
No. RAMQ pour Infirmière/ RAMQ number for Nurses	<input type="text"/>			

SECTION 2: Bureau, clinique ou laboratoire (si applicable) / Office, clinic or laboratory (if applicable)

Nom de l'établissement / Name of establishment	<input type="text"/>
Adresse du bureau, clinique ou laboratoire / Address of office, clinic or laboratory	<input type="text"/>
Département / Department	<input type="text"/>
Ville / City	<input type="text"/>
Province	<input type="text"/>
Code Postal / Postal code	<input type="text"/>
Téléphone / Telephone	<input type="text"/>
Poste / Extension	<input type="text"/>

SECTION 3: Nouveau numéro / New number

J'autorise que tous les résultats des tests commandés soient envoyés par télécopieur au numéro suivant:
I authorize that all results for tests ordered to be faxed to the following fax number:

Numéro de télécopieur / Fax number	<input type="text"/>
---------------------------------------	----------------------

SECTION 4: Consentement / Consent

Je consens à recevoir les résultats de la grappe OptiLab CUSM par télécopieur. Je comprends qu'il est de ma responsabilité de veiller à ce que mon bureau ou clinique soit conforme aux normes de la **Commission d'accès à l'information du Québec** et que les rapports reçus par télécopieur demeurent confidentiels/ I consent to receiving the OptiLab MUHC results by fax. I understand that it is my responsibility to ensure that my office/clinic conforms to the **Commission d'accès à l'information du Québec** and to ensure the confidentiality of the reports received by fax.

Prescripteur / Prescriber	Signature	Nom / Name
		<input type="text"/>
		Date (YYYY-MM-DD)
		<input type="text"/>

SVP, retourner cette déclaration signée au Système informatisé de laboratoire
Please return this signed declaration to Laboratory Information system
Télécopieur / fax: 514-938-7656