

PROGRAMME DE RECHERCHE SUR LE CANCER / CANCER RESEARCH PROGRAM
 1001 boulevard Decarie, Montréal, Québec, H4A 3J1
Téléphone / Phone : (514) 934-1934 x 42032; Télécopieur / Fax : (514) 933-2691

AUTORISATION À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS
AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

Nom et prénom à la naissance / Surname and given name(s) at birth		
Nom actuellement utilisé / Name currently used		
Adresse actuelle du bénéficiaire / Present address of beneficiary		
n° d'assurance maladie provincial / Provincial health insurance n°	Date de naissance / Birthdate (AAAA/MM/JJ / YYYY/MM/DD)	
Nom et prénom du père / Surname and given name(s) of father		Nom et prénom de la mère / Surname and given name(s) of mother
Autres noms utilisés antérieurement / Other names used previously		

Je, soussigné-e / I, the undersigned _____
Nom / Name

En ma qualité de / In my capacity of: Bénéficiaire / Beneficiary Personne autorisée / Person authorized

Autorise l'établissement(s) / Authorize the establishment(s): _____

À transmettre les renseignements suivants / To transmit the following information: rapports de pathologie / pathology reports
 matériel de pathologie/ pathological material
 rapports d'imagerie / imaging reports
 notes de consultation / consultation notes
 tous autres documents pertinents au diagnostic / all other documents relevant to diagnosis. Spécifier/Specify : _____

Pertinentes pour le diagnostic de / relevant to the diagnosis of: _____

Pour la période/ For the period (AAYY à/to AAYY): _____

À faire parvenir à / To send to: **Dr William Foulkes / Melissa Tachdjian**
Institut de Recherche du CUSM / Research Institute of the MUHC
1001 boulevard Decarie, E01.4142
Montreal, Canada, H4A 3J1

 Signature du patient ou de son représentant légal / Signature of patient or their legal representative Date

 Témoin à la signature/ Witness to signature Date