

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE TRANSFERT DE DONNÉES DU DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE (DMÉ)

Date de la demande : _____

Nom du demandeur : _____

Courriel du demandeur : _____

Numéro de téléphone du demandeur : _____

Nom de la clinique : _____

DMÉ d'où les données doivent être extraites (DMÉ extracteur)

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ KinLogix | ☐ Ofys |
| ☐ Médesync | ☐ Omnimed |
| ☐ MobileMed | ☐ Toubib |
| ☐ MYLE | |

DMÉ où les données doivent être importées (DMÉ receveur)

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ KinLogix | ☐ Ofys |
| ☐ Médesync | ☐ Omnimed |
| ☐ MobileMed | ☐ Toubib |
| ☐ MYLE | |

Étendu de la migration (cochez la case qui s'applique à votre situation):

- ☐ Un seul MD/IPS
- ☐ Groupe de médecins; spécifier le nombre _____
- ☐ Ensemble des médecins et des intervenants de la clinique

Date espérée de migration ou date prévue du déménagement¹ :

Commentaires en lien avec la demande :

¹ Un délai minimal de 60 jours est requis pour garantir le respect des délais prévus à l'avenant..

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE TRANSFERT DE DONNÉES DU DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE (DMÉ)

Cochez les données qui doivent être migrées dans votre nouveau DMÉ

Données incluses dans la migration :

- | | |
|--|----------------------------------|
| ✓ Patient (données socio-démographiques) | ✓ Allergies |
| ✓ Rapport de consultation | ✓ Laboratoires et imagerie |
| ✓ Sommaires d'hospitalisation | ✓ Médicaments et vaccination |
| ✓ Antécédents médicaux et familiaux | ✓ Diagnostics (problèmes actifs) |
| ✓ CRDS/APSS | ✓ Notes cliniques |
| ✓ Données cliniques (signes vitaux) | ✓ Images |
| ✓ Habitudes de vie | ✓ Assurances |
| | ✓ Liste des RV futurs |
| | ✓ Tâches et messages |

Autres données que nous aimerions faire migrer dans le nouveau DMÉ:

- ☐ Facturation médicale
- ☐ Facturation privée
- ☐ Tous les contacts du patient (famille, etc.)
- ☐ Rendez-vous antérieurs
- ☐ Autres documents

Signature :

En tant que mandataire dûment autorisé par la clinique susmentionnée, j'autorise _____ (nom du fournisseur DMÉ) à procéder à l'extraction de données tel que décrite ci-dessus.

Signature du responsable de dossier: _____

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE TRANSFERT DE DONNÉES DU DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE (DMÉ)

Tableau des intervenants² pour lesquels une demande de migration est faite

Nom de l'intervenant	Profession	# de permis	Adresse courriel du professionnel

² La définition d'intervenant est la suivante : Tout professionnel de la santé d'une clinique médicale autorisé à accéder au DMÉ et à y inscrire des notes cliniques dans un dossier patient

[illegible]

[illegible]