

Date de naissance			N° de dossier		N° de chambre	
Année	Mois	Jour				
N° d'assurance maladie						
Nom à la naissance			Prénom			
Adresse						
Ville		Code postal		N° de téléphone		
Nom de la mère			Prénom de la mère			
Nom du père			Prénom du père			
Médecin traitant						

INSTALLATION : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DE TRANSMISSION  
MESURES DE REPRÉSENTATION :  
VOLET MÉDICAL**

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

**AUTORISATION DE TRANSMISSION DE DOCUMENTS (SECTION RÉSERVÉE AUX MÉDECINS)**

**Liste des documents à transmettre à la personne requérante**

**Ouverture d'une mesure de représentation (cochez une case seulement):**

- Original du formulaire *Évaluation médicale dans le cadre de l'ouverture d'une tutelle au majeur ou de l'homologation d'un mandat de protection*
- Original du formulaire *Évaluation médicale dans le cadre d'une demande de représentation temporaire*

**OU**

**Réévaluation (cochez une case seulement):**

- Original du formulaire *Avis de l'évaluateur dans le cadre d'une réévaluation concluant au maintien de la tutelle*
- Original du formulaire *Rapport de l'évaluateur quant à la modification du délai de réévaluation*
- Original du formulaire *Réévaluation médicale dans le cadre d'une tutelle*
- Original du *Rapport de l'évaluateur concluant à la cessation de l'inaptitude et des effets du mandat* (Le Curateur public ne fournit pas de formulaire pour cette démarche)

**ET**

- La présente autorisation de transmission
- Joindre une copie des documents complémentaires suivants (si besoin) **précisez** : \_\_\_\_\_

**Une copie des documents doit être transmise à l'usager :**

- Oui, nous demandons à l'archiviste de transmettre une copie à l'usager
- Pour une raison exceptionnelle, une copie de l'évaluation ne doit pas être remise à la personne visée, **précisez** : \_\_\_\_\_

**Transmettre les originaux à la Direction médicale et des services professionnels à l'adresse suivante :**

500, rue Murray, Sherbrooke, Qc, J1G 2K6 pour inscription au registre et transmission à la personne requérante.

**Informations sur la personne requérante (travailleur social, tuteur privé, mandataire, Curateur Public, juriste) :**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

En sa qualité de : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

N° dossier : \_\_\_\_\_

**Par la présente, j'autorise la transmission des documents ci-haut mentionnés par l'archiviste à la personne requérante.**

**Informations du médecin**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature

Nom en caractère d'imprimerie

Date

**DOCUMENTS TRANSMIS (SECTION RÉSERVÉE À LA DIRECTION MÉDICALE ET DES SERVICES PROFESSIONNELS)**

Nom de l'archiviste/installation à qui les documents ont été transmis : \_\_\_\_\_

Les documents **originaux** ci-joint doivent être transmis par l'archiviste aux destinataires suivants :

Curateur Public     Représentant légal     Juriste     Palais de justice     Autres : \_\_\_\_\_

500 rue Sherbrooke Ouest,  
Bureau 1832, Montréal, QC, Adresse : \_\_\_\_\_  
H3A 0J2

En plus de mettre une copie au dossier usager, une copie des documents ci-joints doit être transmise par l'archiviste aux destinataires suivants:

Usager     Représentant légal     Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Signature

Nom en caractère d'imprimerie

Date

**DOCUMENTS TRANSMIS (SECTION RÉSERVÉE À L'ARCHIVISTE)**

Nom de l'archiviste : \_\_\_\_\_

Nom de la ou des personne(s) à qui les documents ont été transmis : \_\_\_\_\_

Mode de transmission utilisé :

Courrier interne     Poste régulière     Courrier recommandé     En personne

Signature

Nom en caractère d'imprimerie

Date