

NOM DE FAMILLE DU/DE LA PATIENT(E)	PRÉNOM	INITIALE DU 2 ^e PRÉNOM
NUMÉRO DU DOSSIER		
ÉTABLISSEMENT	UNITÉ	

**DEMANDE DE MODIFICATION DU DOSSIER D'UN(E)
PATIENT(E) ALCOOLIQUE OU TOXICOMANE**

INSTRUCTIONS : DONNER UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE AU/À LA PATIENT(E) ! Préparer un (1) exemplaire pour le dossier du/de la patient(e).

DEMANDE DE MODIFICATION

MODIFICATION PROPOSÉE DU DOSSIER :	
MOTIF DE LA MODIFICATION :	
PARTIE DU DOSSIER À MODIFIER :	

Je, soussigné(e), demande par la présente que mon dossier médical soit modifié comme décrit ci-dessus. Je comprends que l'établissement peut refuser ma demande avec raison. Je comprends également que si la modification est acceptée, l'établissement fournira des efforts raisonnables pour transmettre la modification à toute partie à laquelle ont été divulguées des informations de mon dossier qui sont concernées par cette modification.

(Signature du/de la patient[e])

(Signature du parent/tuteur, le cas échéant)

(Nom du/de la patient[e] en caractères d'imprimerie)

(Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie)

(Date)

(Date)

Mesure de l'établissement :

___ Demande approuvée.

___ Demande refusée. Motif du refus :

___ Le contenu à modifier n'a pas été créé par le programme.

___ Le contenu est une note de psychothérapie ou des informations compilées en prévision d'une action ou d'une procédure civile, pénale ou administrative ou pour être utilisées dans ce cadre.

___ Le programme décrète que le dossier est exact et complet.

___ Autre motif. Décrire

Directeur(-trice)/directeur(-trice) adjoint(e)

(Date)