



Identification du patient  
Identification of patient

Nom de famille/Family name

No du dossier/Record No

Prénom/First name

Date de naissance/Date of birth

Téléphone/Telephone

No R.A.M.Q./Medicare No

Adresse/Address

DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL  
D'UN PATIENT DÉCÉDÉ  
REQUEST FOR ACCESS TO THE MEDICAL  
RECORD OF A DECEASED PATIENT

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

Identification du demandeur  
Identification of requester

Nom du demandeur:

Name of requester: \_\_\_\_\_

Nom / Name

Relation avec le patient::

Relationship with patient: \_\_\_\_\_

Sous quel titre faites-vous cette demande?

Under what title are you making this request?

Époux

Spouse

Conjoint de fait

Common law

Enfant du défunt

Child of deceased

Parent du défunt

Parent of deceased

Héritier légal

Legal heir

Liquidateur de la succession

Liquidator of succession

Bénéficiaire de la police d'assurance

Beneficiary of insurance policy

Autre:

Other: \_\_\_\_\_

Spécifiez / Specify

Veillez joindre les documents attestant votre titre

(Ex: Certificat de mariage / naissance, preuve de relation de conjoint de fait, testament, copie de police d'assurance/ pension, etc.)

Please join documents attesting your title

(Ex: Marriage / birth certificate, proof of common law relationship, will, copy of insurance policy/pension, etc.)

Documents demandés: (Spécifiez de quel site au verso)

Documents requested: (Specify from which site on back side) \_\_\_\_\_

Raison de la demande (Soyez précis):

Reason of request (Be specific): \_\_\_\_\_

Mode de  
transmission  
Transmission  
mode

Par poste

By mail

Nom et Adresse / Name and Address

Viendra prendre les documents

Will come to pick-up

Nom / numéro de téléphone / Name / telephone number

Cette autorisation est valide pour une période de 90 jours suivant la date de la signature de ce document.

This authorization is valid for a period of 90 days following the date this document was signed.

Signature du demandeur / Signature of requester

Date: \_\_\_\_\_

AAYY/MM/JD

Signature du témoin / Witness' signature

Date: \_\_\_\_\_

AAYY/MM/JD

Les demandes d'accès au dossier médical d'un patient décédé sont répondues conformément à l'article 23 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux  
Requests for access to the medical record of a deceased patient are assessed according to article 23 of an Act respecting health services and social services

À l'usage des Archives Médicales:

For use of Medical Record:

Français

English

Répondue par / Answered by : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du patient / Last and first name of patient: \_\_\_\_\_

**Hôpital Général Juif**  
3755, Côte-Ste-Catherine  
Montréal, Québec  
H3T 1E2  
Tel.: (514) 340-8222  
Fax: (514) 340-7556

**Centre de réadaptation  
Constance-Lethbridge**  
7005, boul. de Maisonneuve  
Montréal, Québec  
H4B 1T3  
Tel.: (514) 487-1891  
Fax: (514) 487-2745

**Centre Miriam**  
8160, rue Royden  
Mont-Royal, Québec  
H4P 2T2  
Tel.: (514) 345-0210  
Fax: (514) 345-8485

**CHSLD juif de Montréal**  
5725, ave. Victoria  
Montréal, Québec  
H3W 3H6  
Tel.: (514) 738-4500

**Centre gériatrique  
Maimonides Donald Berman**  
5795, ave. Caldwell  
Montréal, Québec  
H4W 1W3  
Tel.: (514) 483-2121  
Fax: (514) 483-1561

**Centre hospitalier  
Mont-Sinai**  
5690, boul. Cavendish  
Montréal, Québec  
H4W 1S7  
Tel.: (514) 369-2222  
Fax: (514) 369-5661

**Centre de Réadaptation  
MAB-Mackay**  
7000, Sherbrooke Ouest  
Montréal, Québec  
H4B 1R3  
Tel.: (514) 488-5552  
Fax: (514) 482-0504

**Ressource intermédiaire  
Lev-Tov**  
6900, Sherbrooke Ouest  
Montréal, Québec  
H4B 1P9  
Tel.: (514) 489-4448  
Fax: (514) 489-7625

**Ressource intermédiaire  
Maison Paternelle**  
1904, ave. Van Horne  
Montréal, Québec  
H4S 1N7  
Tel.: (514) 733-5388  
Fax: (514) 344-3374

### **CSSS Cavendish**

**Hôpital Richardson**  
Centre administratif  
5425, ave. Bessborough  
Montréal, Québec  
H4V 2S7  
Tel.: (514) 484-7878 #2  
Fax: (514) 483-2694

**Hôpital Catherine Booth**  
4375, ave. Montclair  
Montréal, Québec  
H4B 2J5  
Tel.: (514) 481-0431  
Fax: (514) 481-6722

**CHSLD Father Dowd**  
6565, Hudson  
Montréal, Québec  
H3S 2T7  
Tel.: (514) 932-3630 #2  
Fax: (514) 483-2694

**CLSC de Benny Farm**  
6484, ave. Monkland  
Montréal, Québec  
H4B 1H3  
Tel.: (514) 484-7878 #3  
Fax: (514) 485-6406

**CHSLD Henri-Bradet**  
6465, ave. Chester  
Montréal, Québec  
H4V 2Z8  
Tel.: (514) 484-7878 #2  
Fax: (514) 483-2694

**CHSLD Saint-Andrew's**  
3350, boul. Cavendish  
Montréal, Québec  
H4B 2M7  
Tel.: (514) 932-3630 #1  
Fax: (514) 485-2694

**CHSLD St-Margaret's**  
50, Hillside  
Montréal, Québec  
H3Z 1V9  
Tel.: (514) 932-3630 #3  
Fax: (514) 485-2694

**CLSC René-Cassin**  
5800, boul. Cavendish  
Bureau 600  
Côte St-Luc, Québec  
H4W 2T5  
Tel.: (514) 484-7878 #1  
Fax: (514) 485-6406

### **CSSS de la Montagne**

Tel.: (514) 731-8531 ext. 8484 Fax: (514) 380-5202

**CLSC Côte-des-Neiges**  
5700, Côte-des-Neiges  
Montréal, Québec  
H3T 2A8

**CLSC Métro**  
1801, boul. de Maisonneuve Ouest  
Montréal, Québec  
H3H 1J9

**CLSC Parc-Extension**  
7085, Hutchison  
Montréal, Québec  
H3N 1Y9

**Maison de naissance  
Côte-des-Neiges**  
6560, Côte-des-Neiges  
Montréal, Québec  
H3S 2A7

**Service régional Info-Santé**  
2021, av. Union, Bureau 1100  
Montréal, Québec  
H3A 2S9

**Point de Service  
Outremont**  
1271, ave. Van Horne  
Montréal, Québec  
H2V 1K5

**Ressource  
de la Montagne**  
7001, Ave. Parc  
Montréal, Québec  
H3N 1X7

**Manoir Renaissance**  
5995, rue Dolbeau  
Montréal, Québec  
H3S 2G1

**Résidence Salomon**  
5900, boul. Décarie  
Montréal, Québec  
H3X 2J7

**Maison bleue de  
Côte-des-Neiges**  
3735, Plamondon  
Montréal, Québec  
H3S 1L8

**Maison bleue de  
Parc-Extension**  
7867, Querbes  
Montréal, Québec  
H3N 2B9