



**FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE
MEDICAL AUTHORIZATION**

Consentement du patient / Patient Consent :

Je/ I _____ consens à ce que mes informations médicales soient partagées / consent to my medical information being shared

Signature du patient / patient signature

Date

Information sur le patient / Patient Information:

Non du patient / patient name : _____ **Tel. :** _____

Diagnostic / diagnosis : _____ **Date de diagnostic / diagnosis :** _____

Métastases / Metastases? Yes/Oui Non/No A déterminer/to be determined

Traitement/ Treatment :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie / Surgery | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie / Chemotherapy |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie / Radiation | <input type="checkbox"/> Hormonothérapie / Hormone therapy |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie / Immunotherapy | <input type="checkbox"/> Autre / Other _____ |

Autorisation médicale / Medical authorization :

Je, Dr(e) (lettres moulées svp) / I, Dr. (please print)

- N'AUTORISE PAS** mon patient à s'inscrire / **DO NOT AUTHORIZE** my patient to enroll
- SUIS D'ACCORD** que mon patient peut s'inscrire à toutes les activités ou Centre: / **DO AUTHORIZE** my patient to enroll in all activities at the Centre:
- Pas des restrictions / No restrictions**
- Avec restrictions / With restrictions (please indicate)** _____

Non de médecin / Physician's name : _____ **Tel. :** _____

Adresse électronique du médecin/ Physician's email : _____ **Fax :** _____

Signature : _____ **Date :** _____

Non de l'infirmier (ère) pivot/ Name of Pivot Nurse : _____

Ce formulaire est OBLIGATOIRE pour participer à nos programmes. Le formulaire peut être envoyé par courriel à wicwc@wicwc.org, par télécopieur au 514-695-9315 ou remis par votre patient.

This form is OBLIGATORY to participate at the WICWC. Form can be emailed wicwc@wicwc.org, faxed 514-695-9315 or hand delivered by your patient.