

N° dossier

Nom

Prénom

Date de naissance

NAM

Nom de la mère

Prénom de la mère

Nom du père

Prénom du père

CORRECTION IDENTIFICATION USAGER

Une demande de correction d'identification peut être demandée au service des archives médicales si celle-ci est en conformité avec les données d'identification associées à la carte d'assurance maladie du Québec.

Pour toute erreur détectée sur la carte d'assurance maladie, l'utilisateur doit faire les démarches auprès de la RAMQ pour que la correction soit apportée. Le numéro pour contacter la RAMQ est le 1 800 561-9749.

	Information initiale index usager	Information souhaitée/ à modifier	Refusé archives
Nom de l'utilisateur			☐
Prénom de l'utilisateur			☐
Date de naissance			☐
Sexe			☐
Numéro d'assurance maladie (NAM)			☐
Expiration NAM			☐
Nom de mère			☐
Prénom de la mère			☐
Nom du père			☐
Prénom du père			☐

Document officiel joint à la présente demande

- ☐ Photocopie de la carte d'assurance maladie
- ☐ Photocopie du certificat de naissance
- ☐ Photocopie de la preuve d'adoption
- ☐ Photocopie de tout autre document attestant la modification

Date _____ Signature de l'utilisateur _____
aaaa/mm/jj

Signature de l'agente administrative ou du professionnel _____

Les champs cadencés ne peuvent être modifiés dans les index usagers.

Compléter le présent formulaire et le transmettre à l'archiviste médicale responsable d'assurer le suivi et d'y apporter les correctifs nécessaires.

Nom :

N° dossier :

Section réservée au service des archives médicales

Validation au Registre des usagers des informations à partir du DSQ

☐ Non conforme, refusé. Aviser demandeur (usager)

☐ Non conforme, refus partiel. Aviser demandeur (usager)

Justification : _____

☐ Conforme, accepter et appliquer le processus en place de correction d'identification

Note : Se référer aux différentes marches à suivre (MAS) en vigueur.

Remarques :

Date _____ Signature de l'archiviste médicale _____
aaaa/mm/jj

Avis de changement provenant des pilotes Index patient maître établissement (IPME)

Traitement Registre des usagers (RU)

☐ Suite au traitement RU les informations d'identifications de l'utilisateur ont été modifiées.

Veuillez apporter les modifications nécessaires s'il y a lieu et déposer le formulaire au dossier de l'utilisateur.

Remarques:

Date _____ Signature de l'archiviste médicale _____
aaaa/mm/jj