

# DÉPARTEMENT DE PATHOLOGIE ET MÉDECINE DE LABORATOIRE

## FORMULAIRE DE CERTIFICATION/VALIDATION DE L'IMPRESSION/DU FAX AUTOMATIQUE DU RAPPORT DE LABORATOIRE DU PATIENT

Puisque les rapports de pathologie envoyés par la poste cesseront le 30 septembre 2023, si vous souhaitez recevoir des rapports de pathologie sur vos patients par télécopieur, veuillez compléter l'**étape 1**.

### Télécopie/impression automatisée des rapports de laboratoire

(Une fois les tests terminés, les rapports seront automatiquement télécopiés / imprimés une fois par jour du lundi au vendredi)

**Étape 1 – Renseignements sur les demandeurs** (Médecin/délégué doit remplir les renseignements ci-dessous, signer et dater)

Médecin(s) (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Personne de contact: \_\_\_\_\_

Téléphone # \_\_\_\_\_ FAX/Imprimante # \_\_\_\_\_

Je confirme par la présente que les informations ci-dessus sont correctes. Pour assurer la confidentialité des patients, je signalerai immédiatement toute modification des informations ci-dessus à l'administrateur du Système d'information de laboratoire (SIL) ou au délégué.

**Je reconnais qu'il s'agit de ma responsabilité éthique et légale, en vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, de protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements sur les patients contre la collecte, l'utilisation et la divulgation non autorisées.**

Signature du médecin/délégué: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Une fois le formulaire dûment rempli, un « rapport test » automatisé sera envoyé au numéro de télécopieur indiqué sur le formulaire pour vérifier que le télécopieur est compatible avec le Système d'information de laboratoire.

### Étape 2 – Document test envoyé par impression/fax automatique au bureau du médecin.

Le document test sera automatiquement télécopié/imprimé au médecin/délégué. À la réception, envoyez **tous les documents reçus par télécopieur** au **613-737-8853** (joignez ce formulaire de validation avec les sections ci-dessous remplies)

Date du test de transmission par fax/imprimante: \_\_\_\_\_

Date de réception de la confirmation de transmission par fax/imprimante: \_\_\_\_\_

Date du retour de la confirmation par fax/imprimante à l'administrateur de système du SIL: \_\_\_\_\_

### POUR USAGE EN LABORATOIRE UNIQUEMENT

#### Étape 3 – Configuration de la télécopie/impression automatique en production

Date de début de la production: \_\_\_\_\_

Tests de L'H d'O effectués par: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(Pour toute question ou préoccupation, contactez 613-737-8292, #2)