



Consentement à la consultation du Dossier santé Québec (DSQ)

Je soussigné(e), _____, autorise les professionnelles de la clinique dentaire Roy à accéder à mon Dossier santé Québec (DSQ), et plus particulièrement à la section relative à ma **liste de médicaments**.

Cette consultation a pour but de permettre au professionnel traitant de prendre connaissance de mes antécédents médicamenteux afin d'assurer **ma sécurité** et de proposer un traitement **approprié à mon état de santé**.

Je comprends que cette consultation est confidentielle et que les informations obtenues seront utilisées uniquement dans le cadre de mes soins dentaires.

Date : ____ / ____ / ____ Signature du patient : _____

Signature du parent ou tuteur, si patient mineur.

Nom du parent/tuteur : _____

Date : ____ / ____ / ____ Signature du parent ou tuteur : _____