

## Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier médical

### Identification du patient:

Prénom	Nom
Adresse	
Ville	Province
Code postal	Pays
Téléphone	Date de naissance

### Identification du médecin (qui effectue le suivi pour la maladie de Steinert):

Prénom	Nom
Clinique ou hôpital où il exerce	
Adresse	
Ville	Province
Code postal	Pays
Téléphone	Télécopieur

### Identification du chercheur:

Prénom <b>Jack</b>	Nom <b>Puymirat</b>
Clinique ou hôpital où il exerce <b>Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)</b>	
Adresse <b>2705, boul. Laurier, RC-9300</b>	
Ville <b>Québec</b>	Province <b>Québec</b>
Code postal <b>G1V 4G2</b>	Pays <b>Canada</b>
Téléphone <b>(418) 654-2186</b>	Télécopieur <b>(418) 654-2207</b>

### Autorisation :

J'autorise mon médecin (identifié ci-dessus) à transmettre au chercheur (identifié ci-dessus) les renseignements suivants sur la maladie de Steinert (dystrophie myotonique) contenus à mon dossier médical afin de m'inscrire sur le Registre des personnes intéressées à participer à des recherches sur les maladies neurogénétiques :

<b>Première évaluation :</b> présence ou non de faiblesse musculaire dans les 4 membres, présence ou non de manifestations cardiaques, pulmonaires, digestives, oculaires, d'une hypersomnolence, d'un diabète, de problèmes thyroïdiens en rapport avec la maladie
<b>Dernière évaluation :</b> même évaluation que la première
<b>Biopsie musculaire :</b> signes histologiques caractéristiques de la dystrophie myotonique
<b>Test génétique :</b> nombre de répétitions CTG dans le sang avec la date d'analyse
<b>Électromyogramme :</b> signes électriques de myotonie
<b>Informations sur la maladie :</b> date de début, premières manifestations, date du diagnostic de la maladie, existe-t-il d'autres membres de la famille atteints? existe-t-il des enfants atteints?

Cette autorisation est valide pour une période d'un an.

**Signature :**

\_\_\_\_\_  
Signature du patient

\_\_\_\_\_  
date