



**AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX
VIA L'ÉVALUATION MÉDICALE DE FERTILITY FRIENDS FOUNDATION (FFF)**

PARTIE A : Renseignements sur le/la demandeur·euse

Nom complet : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Co-demandeur·euse (le cas échéant) : _____

PARTIE B : Renseignements sur la clinique / le médecin

Nom du/de la médecin : _____

Nom de la clinique : _____

Courriel de la clinique : _____

Téléphone de la clinique : _____

PARTIE C : Objet de la présente autorisation

J'autorise mon/ma médecin et/ou ma clinique de fertilité à transmettre les renseignements médicaux pertinents via la version électronique du formulaire d'évaluation médicale de FFF à :

Fertility Friends Foundation

2225 Sheppard Avenue East, Atria III, Suite 903

North York (Ontario) M2J 5C2

Courriel : info@fertilityfriendsfoundation.com

Ces renseignements seront utilisés uniquement afin de soutenir l'examen de ma demande de subvention auprès de Fertility Friends Foundation pour aider à couvrir les coûts de traitements de fertilité.



Renseignements à communiquer

J'autorise la communication des renseignements médicaux liés à mon parcours de fertilité, via la version électronique du formulaire d'évaluation médicale de FFF, incluant notamment :

- Le diagnostic et l'historique de fertilité pertinents au traitement ;
- Le plan de traitement recommandé et les procédures envisagées ;
- Une estimation des coûts de traitement ; et
- Tout autre renseignement nécessaire à l'évaluation de ma demande de subvention.

PARTIE D : Confidentialité et consentement

La présente autorisation est volontaire et peut être révoquée en tout temps en communiquant par courriel à la fois avec ma clinique et avec Fertility Friends Foundation.

Les renseignements transmis à Fertility Friends Foundation seront traités de manière confidentielle et utilisés uniquement aux fins de l'évaluation de ma demande de subvention.

Une fois mes/nos renseignements médicaux communiqués à Fertility Friends Foundation, ils pourraient ne plus être protégés par les lois sur la protection des renseignements personnels en matière de santé et pourraient éventuellement être communiqués de nouveau. Toutefois, FFF s'engage à protéger mes/nos renseignements conformément aux lois applicables en matière de confidentialité et à les utiliser uniquement aux fins mentionnées ci-dessus.

La présente autorisation expirera 12 mois après la date de signature, sauf révocation anticipée.



Signature

Signature du/de la demandeur·euse : _____ Date : _____

Nom en lettres moulées : _____

Signature du/de la co-demandeur·euse (le cas échéant) : _____ Date : _____

Pour la clinique

Veuillez retourner l'évaluation médicale complétée de manière sécurisée via le formulaire électronique de FFF :

www.fertilityfriendsfoundation.com/medical-evaluation

Pour toute question, veuillez écrire à : **info@fertilityfriendsfoundation.com**