|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Date : |  | Nb de pages : |  |
| **Destinataire** | Nom : | **ARCHIVES** | Installation : | **HÔPITAL RÉGIONAL DE SAINT-JÉRÔME** |
|  | Adresse : | 290 De Montigny |  |  |
|  | Téléphone : |  | Télécopieur  : | 450 431-8308 |
|  |  |  |  |  |
| **Expéditeur** | Nom : |  | Unité : |  |
|  | Téléphone : |  | Télécopieur : |  |

**Informations sur l’usagère**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom : |  |
| RAMQ : |  |
| No de dossier du centre référant : |  |
| No de dossier HRSJ (si connu) : |  |
| □ Covid positif pour accouchement à l’Hôpital régional de Saint-Jérôme |

**Message :**

*Initiales de la personne qui a télécopié et obtenu confirmation de la réception*:

|  |
| --- |
| **\*\*\* Section destinée aux archives \*\*\***□ Le dossier est numérisé par les archives***Envoyer cette feuille par télécopieur à la clinique GARE au 450 431-8689*** |