

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL D'UN MAJEUR PROTEGE

Application de la loi n°2002.303 du 4 mars 2002, du décret n°2002.637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L1111-7 et 1112-1 du code de la santé publique et de l'arrêté du 5 mars 2004 relatif à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM :	ADRESSE POSTALE :
PRENOM :	CODE POSTAL : VILLE :
DATE DE NAISSANCE :	TELEPHONE :

IDENTITE DU PATIENT

NOM :	DATE DE NAISSANCE :
PRENOM :	

ETABLISSEMENT ET/OU SERVICE CONCERNE PAR LA DEMANDE

Désignation de l'établissement	Si nécessaire désignation du service

DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES

<input type="checkbox"/> DOSSIER MEDICAL COMPLET (ensemble des pièces listées ci-dessous) ----- Ou uniquement : ----- <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS DE CONSULTATION <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS OPERATOIRES <input type="checkbox"/> DOSSIER D'OBSERVATION MEDICALE <input type="checkbox"/> CORRESPONDANCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE <input type="checkbox"/> EXAMENS DE BIOLOGIE	<input type="checkbox"/> DOSSIER INFIRMIER (Transmissions, surveillances et soins paramédicaux lors d'hospitalisation) <input type="checkbox"/> CLICHES D'IMAGERIE : <input type="checkbox"/> TOUS <input type="checkbox"/> SEULEMENT CERTAINS : <input type="checkbox"/> AUTRES PIECES :
---	---

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

<p style="text-align: center;"><u>RETRAIT auprès de l'établissement :</u></p> <input type="checkbox"/> Par vous-même (se munir d'une pièce d'identité) <input type="checkbox"/> Par une tierce personne (se munir de votre pièce d'identité, de celle du patient et d'une procuration) <input type="checkbox"/> CONSULTATION SUR PLACE organisée par la direction en lien avec le service concerné. <p style="font-size: small;"><i>Afin de garantir la confidentialité des informations qui vous seront transmises, aucune information médicale ne sera transmise par courriel ou par fax</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>ENVOI des reproductions :</u></p> <input type="checkbox"/> A VOUS-MEME ----- ou ----- <input type="checkbox"/> AU MEDECIN DE VOTRE CHOIX : - Nom du médecin : - Adresse postale du médecin : Les frais d'expédition en recommandé avec accusé réception seront à votre charge <p style="text-align: center;"><u>Le dossier vous sera remis contre paiement des frais de reproduction et d'envoi s'il y a lieu.</u></p>
---	---

* cocher la ou les case(s) correspondante(s)

LES FRAIS DE REPRODUCTION DU DOSSIER SONT A LA CHARGE DU DEMANDEUR

Prix unitaire de la reproduction d'une photocopie A4	0,18 €
Prix unitaire de la reproduction d'une photocopie A3	0,36 €
Prix unitaire de la reproduction d'un CD-Rom	2,75 €

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE DU PATIENT RECTO/VERSO en cours de validité
COPIE DU JUGEMENT DE TUTELLE

Je suis informé(e) du caractère strictement personnel des informations contenues dans mon dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.

Je consens à régler les frais inhérents à ma demande. Date de la demande : Signature :