



## 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 :  
PRENOM :  
DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE POSTALE :  
CODE POSTAL : VILLE :  
TELEPHONE :  
EMAIL :

### IDENTITE DU PATIENT

NOM :  
PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

### SERVICES DU CHR CONCERNES PAR LA DEMANDE

Désignation des services

Dates des consultations ou hospitalisations

### DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES

- ☐ COMPTES RENDUS DE CONSULTATION  
☐ COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION  
☐ COMPTES RENDUS OPERATOIRES  
☐ EXAMENS DE BIOLOGIE  
  
☐ CLICHES D'IMAGERIE :  
☐ TOUS  
☐ SEULEMENT CERTAINS :

- ☐ DOS DOSSIER INFIRMIER  
☐ DOSSIER D'ANESTHESIE  
☐ DOSSIER D'OBSERVATION MEDICALE  
☐ CORRESPONDANCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

AUTRES PIECES :

### MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

#### RETRAIT à la Direction des Usagers :

- ☐ **Par vous-même** (se munir d'une pièce d'identité)  
☐ **Par une tierce personne** (se munir de votre pièce d'identité, de celle du patient et d'une procuration)  
☐ **Consultation sur place** organisée par la direction en lien avec le service concerné.

*Afin de garantir la confidentialité des informations qui vous seront transmises, aucune information médicale ne sera transmise par courriel ou par fax*

#### ENVOI des reproductions :

- ☐ A VOUS-MEME  
----- ou -----  
☐ AU MEDECIN DE VOTRE CHOIX :  
- Nom du médecin :  
- Adresse postale du médecin :

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

Les frais d'expédition (en recommandé avec accusé réception) seront à votre charge

**Le dossier vous sera remis après paiement préalable des frais d'envoi s'il y a lieu, qui vous seront communiqués ultérieurement**

### 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 :

*A adresser par le demandeur soit par courriel soit à l'adresse postale :*

Email : [accés.dossier-medical@chu-orleans.fr](mailto:accés.dossier-medical@chu-orleans.fr) ou

CHU d'Orléans - Direction des Usagers - Bâtiment « Direction » - 14 avenue de l'Hôpital - CS 86709 - 45067 ORLEANS CEDEX 2