

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 :		
	EMAIL :		

IDENTITE DU PATIENT

NOM :	DATE DE NAISSANCE :
PRENOM :	

SERVICES DU CHR CONCERNES PAR LA DEMANDE

Désignation des services	Dates des consultations ou hospitalisations

DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES *

<input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS DE CONSULTATION <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS OPERATOIRES <input type="checkbox"/> EXAMENS DE BIOLOGIE <input type="checkbox"/> CLICHES D'IMAGERIE : <input type="checkbox"/> TOUS <input type="checkbox"/> SEULEMENT CERTAINS :	<input type="checkbox"/> DOS DOSSIER INFIRMIER <input type="checkbox"/> DOSSIER D'ANESTHESIE <input type="checkbox"/> DOSSIER D'OBSERVATION MEDICALE <input type="checkbox"/> CORRESPONDANCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE AUTRES PIECES :
--	---

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER *

<u>RETRAIT à la Direction des Usagers :</u> <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. <i>Afin de garantir la confidentialité des informations qui vous seront transmises, aucune information médicale ne sera transmise par courriel ou par fax</i>	<u>ENVOI des reproductions :</u> <input type="checkbox"/> A VOUS-MEME ----- ou ----- <input type="checkbox"/> 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 : acces.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