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 :	

SERVICES DU CHR CONCERNES PAR LA DEMANDE

Désignation des services	Dates des consultations ou hospitalisations

DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES *

☐ DOSSIER MEDICAL COMPLET (ensemble des pièces listées ci-dessous)

---------- **Ou uniquement :** ----------

- ☐ COMPTES RENDUS DE CONSULTATION
- ☐ COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION
- ☐ COMPTES RENDUS OPERATOIRES
- ☐ DOSSIER D'OBSERVATION MEDICALE
- ☐ CORRESPONDANCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE
- ☐ DOSSIER D'ANESTHESIE
- ☐ EXAMENS DE BIOLOGIE

☐ DOSSIER INFIRMIER (Transmissions, surveillances et soins paramédicaux lors d'hospitalisation)

☐ CLICHES D'IMAGERIE :

- ☐ TOUS
- ☐ SEULEMENT CERTAINS :

☐ 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 :

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

Le dossier vous sera remis contre paiement des frais de reproduction et d'envoi s'il y a lieu.

* 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 :

Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :

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