



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 :
--	--

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

<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"/> DOSSIER INFIRMIER <input type="checkbox"/> DOSSIER D'ANESTHESIE <input type="checkbox"/> DOSSIER D'OBSERVATION MEDICALE <input type="checkbox"/> CORRESPONDANCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE <input type="checkbox"/> DOSSIER MEDICAL COMPLET <input type="checkbox"/> AUTRES PIECES :
--	--

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

<input type="checkbox"/> RETRAIT A LA DIRECTION DES USAGERS <input type="checkbox"/> CONSULTATION SUR PLACE Afin de garantir la confidentialité des informations qui vous seront transmises, aucune information médicale ne sera transmise par courriel ou par fax	<input type="checkbox"/> ENVOI DES REPRODUCTIONS : <input type="checkbox"/> A VOUS-MEME <input type="checkbox"/> AU MEDECIN DE VOTRE CHOIX : <input type="checkbox"/> Nom du médecin : <input type="checkbox"/> Adresse postale du médecin :
--	--

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 €

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

Le dossier vous sera remis après paiement préalable des frais de reproduction et 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
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.

Date de la demande :

Signature :

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

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