

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 : <span style="float: right;">VILLE :</span>
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 \*

<input type="checkbox"/> DOSSIER MEDICAL COMPLET (ensemble des pièces listées ci-dessous) ----- <b>Ou uniquement :</b> -----  <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"/> DOSSIER D'ANESTHESIE <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;"><b><u>RETRAIT à la Direction des Usagers :</u></b></p> <input type="checkbox"/> <b>Par vous-même</b> (se munir d'une pièce d'identité) <input type="checkbox"/> <b>Par une tierce personne</b> (se munir de votre pièce d'identité, de celle du patient et d'une procuration) <input type="checkbox"/> <b>CONSULTATION SUR PLACE</b> 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>	<p style="text-align: center;"><b><u>ENVOI des reproductions :</u></b></p> <input type="checkbox"/> A VOUS-MEME ----- <b>ou</b> ----- <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 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

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

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

*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