

Les informations contenues dans votre dossier sont strictement personnelles.

Il vous appartient de prendre toute précaution afin d'en assurer sa confidentialité, notamment vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

**À nous retourner à**  
**Département d'informations médicales (DIM)**  
Pôle Santé Sarthe et Loir  
La chasse du point du jour  
BP 10129 72205 Le Bailleul CEDEX

**Ou par mail**  
**dossiermedical@pole-pssl.fr**

## 1. Mon identité

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Née le : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél obligatoire) : ..... Mail : .....

## 2. Identité du représentant légal

Nom : ..... Prénom : .....

Née le : ..... / ..... / ..... Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Exprime cette demande en qualité de : .....

## 3. Informations relatives à la demande

### Dates d'hospitalisation et/ou de consultation

Du ..... au ..... Service : .....

## 4. Nature des documents demandés

**Je souhaite obtenir une copie des éléments du dossier médical suivants :**

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu de consultation
- Compte-rendu opératoire du : .....
- Compte-rendu anatomopathologique du : .....
- Résultats d'analyses de biologie du : .....
- Résultat d'imagerie médicale du : .....
- Certificat : .....
- Autre(s) document(s) (à préciser) : .....
- .....

## 5. Modalités de communication des documents

**Communication des documents souhaités :**

- Par consultation sur place à l'hôpital sur rendez-vous dans le service concerné par les soins
- Par récupération des éléments sur place ; un rendez-vous sera fixé dès que le dossier sera prêt.
- Ne pouvant pas me déplacer, j'autorise Madame, Monsieur ..... à récupérer les pièces du dossier médicale.

Numéro de téléphone : .....

Un rendez-vous sera fixé avec la personne mandatée dès que le dossier sera prêt.  
Celle-ci devra se munir d'une pièce d'identité.

- Par envoi postal en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

.....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

- Par envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse) : .....

### ⓘ Des frais de reproduction et/ou d'envoi vous seront facturés

Article L1111-7 du Code de la santé Publique « **La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents** »

- Frais de reproduction : 0.20 € la photocopie
- Frais d'envoi : coût du recommandé avec accusé de réception  
*(tarif en vigueur de La Poste - variable selon le poids)*

## 6. Justificatifs de document à fournir

### Patient majeur :

- Photocopie recto verso d'une pièce d'identité (passeport, carte d'identité)

### Patient majeur protégé :

- Photocopie recto verso d'une pièce d'identité du patient majeur
- Photocopie recto verso d'une pièce d'identité du représentant légal
- Copie de l'ordonnance de tutelle, curateur, sauvegarde de justice

## 7. Attestation

Je soussigné(e)  M.  Mme .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Fait à : .....

*Signature*

Le : ..... / ..... / .....

Pour tous renseignements complémentaires, merci de contacter le **Département d'informations médicales au 02 44 71 31 32.**

### Cadre réglementaire :

Loi du 2002-303 du 04 mars 2002 – Décret n°2002-637 du 29 avril 2002  
Conseil d'Etat n°27.02.34 – Arrêté du 26 septembre 2005

Arrêté du 05 mars 2004  
Arrêté du 03 janvier 2007