

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 :

Du au Service :

Du au Service :

Du au Service :

Du au Service :

Du au Service :

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) :
.....

① 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(é) ☐ M. ☐ Mme

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

Fait à :

Le : / /

Signature

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 – Arrêt du 26 septembre 2005

Arrêté du 05 mars 2004
Arrêté du 03 janvier 2007