

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'Information Médicale (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 naissance : ..... Née le : ..... / ..... / .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél obligatoire) : ..... Mail : .....

## 2. Identité du représentant légal pour majeur protégé

Nom : ..... Prénom : .....  
Née le : ..... / ..... / ..... Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Exprime cette demande en qualité de : .....

## 3. Nature des documents demandés

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

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

**Je souhaite obtenir une copie des imageries médicales :**

- Compte-rendu d'imagerie médicale du : .....
- Résultat d'imagerie médicale (à partir de janvier 2022, par codes d'accès sur le site internet du PSSL) du : .....
- Résultats d'imagerie médicale entre 2016 à 2021 (demande de reproduction sur CD des examens) du : .....

## 4. Modalités de communication des documents

### Communication des documents souhaités :

- Par consultation sur place au DIM sur rendez-vous
- Par remise des éléments sur place, après duplication ; 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 votre domicile (frais de port à votre charge) :

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

## 5. 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

## 6. 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