



PATIENT CONCERNE (FOURNIR UNE COPIE RECTO VERSO DE LA CARTE NATIONALE D'IDENTITE OU PASSPORT)

NOM d'usage et Prénoms :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : Email (@) :

A compléter uniquement si le patient n'est pas le demandeur : Représentant légal du mineur - Tuteur

NOM d'usage et Prénoms :

Nom de naissance :

Adresse :

Téléphone : Email (@) :

Qualité du demandeur :

père mère autre à préciser :

Représentant légal du mineur

➔ Joindre :

- une copie d'une pièce identité du représentant légal et du patient

- une copie du livret de famille + une copie de justification de l'autorité parentale en cas de divorce/séparation.

PIECES SOUHAITÉES

Périodes ou années concernées par la demande :

Services concernés par la demande :

<input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Résultats de laboratoire
<input type="checkbox"/> Comptes rendus d'intervention	<input type="checkbox"/> Dossier des urgences / SMUR
<input type="checkbox"/> Comptes rendus de consultation	Autres (précisez) :
Dossier de soins : <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie (consultation, feuille d'anesthésie, feuille de surveillance...) <input type="checkbox"/> Transmissions infirmières (soins infirmiers journaliers, feuille de température...) <input type="checkbox"/> Transmissions paramédicales (kiné, ergothérapeute...) <input type="checkbox"/> Prescriptions médicales <input type="checkbox"/> Dossier transfusionnel <input type="checkbox"/> Correspondance qui a été échangée avec le médecin traitant ou d'autres spécialistes	
<input type="checkbox"/> souhaite recevoir les clichés d'imagerie (radiographie, IRM ; scanner)	
<input type="checkbox"/> ne souhaite pas recevoir les clichés d'imagerie (radiographie, IRM ; scanner)	



MODE DE COMMUNICATION

Consultation sur place avec accompagnement médical

(le rendez-vous avec le médecin sera fixé par le secrétariat du service concerné)

Transmission de la copie des documents demandés selon l'une des modalités suivantes :

Envoi postal à l'adresse suivante :

Adresse :

Envoi à un médecin de mon choix

Médecin désigné :

Adresse :

Récupération de la copie au secrétariat de Direction *(sur rendez-vous)*

DONNE MANDAT A :

A compléter uniquement si vous décidez de mandater une tierce personne pour accéder à vos données de santé

NOM d'usage et Prénoms :

Nom de naissance : (⇒ joindre **une copie d'une pièce d'identité de la personne mandatée**)

Téléphone : Email :

Je soussigné(e) :

atteste l'exactitude des renseignements donnés et accepte les frais afférents à la demande.

Demande faite à : **le :** -----/-----/-----

Tarifs unitaires de copie des documents (arrêté du 1er octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif) :

- Page au format A4 = 0,18 euros TTC
- Page au format A3 = 0,36 euros TTC
- CD ROM = 2,75 euros TTC

Les frais d'envoi en recommandé avec accusé réception sont à la charge du demandeur.

La facture sera adressée ultérieurement par la Trésorerie Principale.

Si aucune photocopie n'est réalisée, la consultation du dossier patient sur place est gratuite.

Signature du demandeur

Par courrier :	Centre Hospitalier Jean Coulon – Direction des Relations avec les Usagers – Avenue Pasteur – 46 300 GOURDON
Par email :	direction@ch-gourdon.fr
Informations complémentaires :	05.65.27.65.01