
DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

FORMULAIRE PATIENT MAJEUR

1 – MON IDENTITE

Nom :

Prénom :

Nom de naissance : Né(e) le : / /

Adresse :

Téléphone (obligatoire) :

Mail :

2 – INFORMATIONS RELATIVES A MA DEMANDE

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation

Nom du ou des services de soins :

.....
.....
.....
.....

Informations supplémentaires :

.....

3 – NATURE DES DOCUMENTS DEMANDES

Cochez ci-dessous les éléments du dossier médical requis *

Courriers médicaux (communication(s) au sujet du patient au sein du corps médical)

Compte-rendu d'hospitalisation (disponible uniquement après sortie de l'hôpital)

Compte-rendu de consultation

Compte-rendu opératoire

- Compte-rendu des examens réalisés en Radiologie
- Demande de reproduction sur CD ou DVD des examens radiologiques (radiographies, scanner, IRM, échographies...)
- Dossier d'anesthésie (informations pré- per- et post- anesthésie)
- Dossier infirmier (données enregistrées lors des soins infirmiers)
- Dossier social
- Compte-rendu d'examens (bilans sanguins, échographies cardiaques, épreuves respiratoires, explorations fonctionnelles vasculaires, EEG, ECG, densitométries...)

A défaut de précision sur les éléments demandés, **une copie du dernier compte-rendu d'hospitalisation vous sera adressée.**

* En cas de difficultés, référez-vous au guide de bon usage

4 – MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

- Consultation sur place (prendre RDV au Département d'Information Médicale au 02 43 08 73 69) - **gratuit**

Présence d'un médecin du CH : Oui Non

- Remise des copies sur place (au Département d'Information Médicale) - **sans frais de port**
- Envoi postal

- à moi-même
- à un médecin : Nom et prénom :

Adresse :

4 – MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

Je soussigné(e) M., Mme (rayer les mentions inutiles)

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- prend en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé

Fait à le/...../.....

Signature manuscrite :

Formulaire à retourner dûment complété avec une **photocopie recto-verso d'une pièce d'identité** (passeport, carte d'identité, permis de conduire) au : Département d'Information Médicale - CHNM - 229, Bd Paul Lintier – CS 60102 - 53103 MAYENNE Cedex.

par courriel : dim@ch-mayenne.fr

Cadre réglementaire :

Loi du 2002-303 du 4 mars 2002 - Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 Arrêté du 5 mars 2004
Conseil d'Etat n°27.02.34 - Arrêt du 26 septembre 2005 Arrêté du 3 janvier 2007