
DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

FORMULAIRE PATIENT MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ

1 – IDENTITE DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le : / /

2 – IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le : / /

Adresse :

Téléphone (obligatoire) :

Mail :

Exprime cette demande en qualité de : Père Mère Tuteur Autre (précisez) :

3 – INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation :

Nom du ou des services de soins :

.....

.....

.....

.....

Informations supplémentaires :

4 – NATURE DES DOCUMENTS DEMANDES

- 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 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.

5 –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 CHNM : 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 :

6 - ATTESTATION

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) et

- Pour un mineur : **copie du livret de famille et en cas de divorce, de l'ordonnance du juge aux affaires familiales**
- Pour un majeur protégé : **copie de l'ordonnance du juge des tutelles**

au : CHNM - au Département d'Information Médicale – 229, Bd Paul Linitier- CS 60102 – 53103
MAYENNE Cédex ou 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