

Nom du patient :

Adresse :

n° de téléphone :

**FORMULAIRE De demande de dossier medical**

**par le patient**

**1. Pièces justificatives**

*Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant votre santé ou celle de la personne propriétaire du dossier, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir les documents cochés*

 🗷Photocopie recto-verso d’une pièce d’identité en cours de validité

**2. Modalité de consultation souhaitée**

 *Plusieurs modalités de consultation du dossier peuvent vous être proposées.*

🞎Consultation sur place du dossier sur rendez-vous

 Dans ce cas, souhaitez-vous la présence d’un médecin ? 🔿 OUI 🔿 NON

*Dans l’affirmative, nous vous proposerons une date de rendez-vous, en présence d’un médecin désigné par l’établissement qui pourra répondre à vos questions éventuelles. Si vous désirez des copies des documents qui vous seront présentés, elles vous seront facturées aux tarifs qui vous ont été communiqués précédemment.*

🞎Envoi postal d’une copie du dossier ou de pièces particulières à un médecin désigné par vos soins : Si oui, veuillez préciser le nom et l’adresse de ce médecin :

🞎Envoi postal d’une copie du dossier ou de pièces particulières à vous-même

🞎Retrait du dossier au Bureau des Sorties du Centre Hospitalier

**3. Nature de la demande**

*L’ensemble des informations contenues dans votre dossier peut être consulté ou transmis* (à l’exception d’informations concernant les tiers ou communiquées par les tiers, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique)*.*

*Toutefois, il ne vous est pas forcément nécessaire d’accéder à l’ensemble de ces informations.*

*Afin de mieux répondre à vos besoins et de limiter d’éventuels frais de copie, nous vous demandons de nous préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès.*

🞏Dossier complet

🞏 avec les copies d’imagerie (Radiographies, IRM, scanner…)

🔿 sans les copies d’imagerie

 **OU**

🞎Parties du dossier correspondant à une hospitalisation ou une consultation particulière

- veuillez préciser le séjour concerné (date d’entrée, de sortie, nom du service concerné):

......................................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………….

 - et les pièces particulières du dossier souhaitées

* + - Lettre de sortie
		- Compte-rendu d’hospitalisation
		- Prescriptions établies lors de la consultation ou à la sortie
		- Compte-rendu opératoire
		- Examens d’imagerie :

 🔿 Radiographies

 🔿 Scanners

 🔿 IRM

* + - Examens biologiques
		- Dossier d’anesthésie
		- Dossier de soins infirmiers
		- Autres, précisez :

**Confidentialité des informations contenues dans le dossier médical** :

Les informations contenues dans le dossier médical sont strictement confidentielles. Vous devez être attentif à ne pas les communiquer à une personne qui n’est pas autorisée à en prendre connaissance.

**Formulaire à retourner complété et accompagné des pièces justificatives au ::**

 ***Directeur des Droits, des Usagers et de la Qualité***

***Rue du Docteur Schweitzer***

***17019 LA ROCHELLE CEDEX 01***

***Date et signature du demandeur :***