

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES
A MON DOSSIER PATIENT
ou
AU DOSSIER PATIENT DONT JE SUIS LE REPRESENTANT LEGAL**

1- MON IDENTITE ou IDENTITE DU PATIENT CONCERNE

Nom de naissance: Téléphone:

Nom d'usage: Adresse:
.....

Prénom(s):

Né(e) le: à Mail:

2- IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL LE CAS ECHEANT

Nom de naissance: Téléphone:

Nom d'usage: Adresse:
.....

Prénom(s):

Né(e) le: à Mail:

Je souhaite accéder au dossier patient en ma qualité de :

- ☐ Représentant légal de mon enfant mineur
☐ Personne chargée de la mesure avec représentation ou assistance du patient

3- LES DOCUMENTS AUXQUELS JE SOUHAITE ACCEDER

☐ Le document suivant

Préciser :

☐ Une partie du dossier patient correspondant à

- ☐ Une hospitalisation ☐ Un suivi ☐ Autre

Préciser la période / le lieu :

☐ L'ensemble du dossier patient (ensemble des documents relatifs aux consultations, entretiens, activités thérapeutiques, hospitalisations ...)

Service(s) concerné(s) par les soins :

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> MAINE A | <input type="radio"/> MAINE B | <input type="radio"/> UPAO | <input type="radio"/> URP MAINE |
| <input type="radio"/> LOIRE 1 | <input type="radio"/> LOIRE 2 | <input type="radio"/> LOIRE 3 | <input type="radio"/> URP LOIRE |
| <input type="radio"/> Autre : | <input type="radio"/> Ne sais pas | | |

4- MODALITES DE COMMUNICATION

- ☐ Consultation de mon dossier patient au CESAME
- ☐ Envoi par messagerie sécurisée à mon médecin traitant:
Nom :
Mail :
- ☐ Retrait du dossier patient au secrétariat du secteur
- ☐ Envoi postal par recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante
Adresse
.....

Envoi dans les huit jours pour les dossiers datant de moins de cinq ans, et dans les deux mois pour les dossiers datant de plus de cinq ans.

NB : Au-delà de la première copie, des frais de reprographie (0.18 cts d'euros par page) et d'envoi RAR seront facturés.

5- JUSTIFICATIFS A PRODUIRE

Photocopie recto/verso d'une pièce d'identité au nom du patient (carte identité, passeport, permis de conduire).

- Justificatifs à produire pour le représentant légal
 - Photocopie recto/verso de ma pièce d'identité
 - Copie du livret de famille
- Justificatifs à produire pour la représentation ou assistance du patient
 - Photocopie recto/verso de la pièce d'identité au nom du demandeur
 - Copie du jugement de tutelle

Fait à

Le.....

Signature

Ce formulaire est à retourner complété, signé et accompagné des pièces justificatives à l'adresse suivante :

CESAME
Direction des usagers
B. P. 50089
49130 SAINT GEMMES SUR LOIRE

Ou par mail :

du.secretariat@ch-cesame-angers.fr