

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

## **FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT**

Formulaire à retourner à la :  
*Direction des Droits des Usagers et de la Qualité*  
*3 bis rue du Dr ROUX, 17320 Marennes*

### **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 de la chargée des relations avec les usagers. Nous vous remercions de bien vouloir prendre **rendez-vous au 05 46 88 51 78.**

#### 4. 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.

**1. Service(s) concerné(s) :**

Tous les services

OU  Certains services seulement : veuillez indiquer le ou les services concernés par la demande de dossier, et préciser les dates de passage approximatives si vous les connaissez :

Date d'entrée	Date de sortie	Nom du service concerné/Nom Médecin

**2. Documents médicaux souhaités :** veuillez indiquer si vous souhaitez certains documents en particulier, ou tous les documents sans distinction, avec ou sans imageries :

Tous les documents souhaités

OU  Avec les copies d'imageries  
 Sans les copies d'imageries

Pièces particulières souhaitées

- Lettre de sortie
- Prescriptions établies lors de la consultation ou à la sortie
- Compte-rendu d'hospitalisation et/ou de consultation
- Compte-rendu opératoire
- Examens d'imagerie :
  - Radiographies
  - Scanners
  - IRM
- Examens biologiques
- Dossier d'anesthésie
- Dossier de soins infirmiers
- Autres, précisez : .....

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.

Fait à ..... Le .....

**Signature :**