

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL D'UN MINEUR
À REMPLIR PAR LES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE**

Imprimé à retourner à l'adresse suivante :
Monsieur le Directeur de l'EPSM G. DAUMEZON
1 route de Chateau - BP 62016
45402 FLEURY LES AUBRAIS Cedex

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Mme M.

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

Qualité du demandeur :

IDENTITÉ DU PATIENT

NOM d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

DÉSIGNATION DES PIÈCES DEMANDÉES

DOSSIER MÉDICAL COMPLET

(ensemble des pièces listées ci-dessous)

PARTIE PARAMÉDICALE :

TRANSMISSIONS CIBLÉES (observation infirmières)

INVENTAIRES (entrée et sortie)

TRAÇABILITÉ DES TRAITEMENTS

DONNÉES RELATIVES A L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

AUTRES : précisez :

PARTIE MÉDICALE :

CERTIFICATS ET OBSERVATIONS MÉDICALES

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES, PRESCRIPTIONS DES SOINS ET DES TRAITEMENTS

DOCUMENTS RELATIFS AUX SOINS SANS CONSENTEMENTS

COURRIERS, COMPTE-RENDUS, SYNTHÈSES EPSM

DOCUMENTS DIVERS (Arrêt de travail, Certificat MDPH, Tickets de caisse, récépissés du guichet unique...)

MODALITÉS DE COMMUNICATION DU DOSSIER

ENVOI :

RETRAIT À L'EPSM :

CONSULTATION À L'EPSM

À VOUS-MÊME

AU MÉDECIN DE VOTRE CHOIX :

- Nom du médecin :

- Adresse postale du médecin :

PAR VOUS-MÊME (se munir d'une pièce d'identité)

PAR UNE TIERCE PERSONNE (se munir de votre pièce d'identité et de celle du patient et d'une procuration)

CONSULTATION SIMPLE, sans accompagnement soignant ni médical. Au sein du bâtiment administratif de l'EPSM sur jours et heures ouvrés.

Pour une durée d'une heure maximum.

FRAIS DE REPRODUCTION (à la charge du demandeur)

Prix unitaire de la reproduction d'une copie A4 :

0.28€

Les frais d'expédition, en recommandé avec accusé de réception, seront également à votre charge

PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

COPIE DE VOTRE PIÈCE D'IDENTITÉ RECTO/VERSO en cours de validité

COPIE DE LA PIÈCE D'IDENTITÉ RECTO/VERSO en cours de validité du patient mineur

COPIE DU LIVRET DE FAMILLE ou DE L'EXTRAIT D'ACTE DE NAISSANCE du patient mineur

Si le patient est un mineur de plus de 10 ans : JOINDRE UN COURRIER de sa main confirmant son accord pour la communication des informations demandées.

Fait à :

Le/...../.....

Signature du demandeur

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le présent formulaire, vous pouvez contacter
le secrétariat du service Qualité au 02.38.60.57.04
service.qualite@epsm-loiret.fr