

**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 Chanteau - BP 62016  
45402 FLEURY LES AUBRAIS Cedex

IDENTITÉ DU DEMANDEUR		
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Qualité du demandeur :	
NOM d'usage :	NOM de naissance :	Prénom :
Date de naissance :    /    /		
Adresse postale :		
Code Postal :	Commune :	
Adresse mail :		
Téléphone :    /    /    /    /		
IDENTITÉ DU PATIENT		
NOM d'usage :	Prénom :	
Date de naissance :    /    /		

DÉSIGNATION DES PIÈCES DEMANDÉES		
<b>OBSERVATIONS :</b>	<b>CERTIFICATS</b> <i>(Soins sous contraintes) :</i>	<b>LETTRES / COURRIERS :</b>
<input type="checkbox"/> MEDICALES <input type="checkbox"/> INFIRMIERS <input type="checkbox"/> MEDECINE GENERALE <input type="checkbox"/> SOCIO-EDUCATIF <input type="checkbox"/> ENTRETIENS AIDE SOIGNANT <input type="checkbox"/> PHARMACIEN <input type="checkbox"/> PSYCHOLOGUE <input type="checkbox"/> INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEES <input type="checkbox"/> ERGOTHERAPEUTE / ORTHOPHONISTE / PSYCHOMOTRICIENNE  <input type="checkbox"/> Ensemble des pièces listées ci-dessus	<input type="checkbox"/> ADMISSION <input type="checkbox"/> 24H/72H <input type="checkbox"/> MENSUEL <input type="checkbox"/> INFORMATIONS JLD <input type="checkbox"/> SAISINE JLD <input type="checkbox"/> DONNES RELATIVES A L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION <input type="checkbox"/> CHANGEMENT DE PRISE EN CHARGE ET/OU LEVEE DE CONTRAINTE  <input type="checkbox"/> Ensemble des pièces listées ci-dessus	<input type="checkbox"/> LETTRE DE LIAISON <input type="checkbox"/> COMPTE-RENDU MEDECINE GENERALE <input type="checkbox"/> COMPTE-RENDU NEUROPSYCHOLOGUE <input type="checkbox"/> INVENTAIRES <input type="checkbox"/> EXAMENS COMPLÉMENTAIRES <input type="checkbox"/> DOCUMENTS ADMINISTRATIFS <input type="checkbox"/> DOCUMENTS PRODUITS PAR LE PATIENT  <input type="checkbox"/> Ensemble des pièces listées ci-dessus
<input type="checkbox"/> <b>DOSSIER MÉDICAL COMPLET</b> <i>(ensemble des pièces listées ci-dessus)</i>		

### 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.

### 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  
Envoi de la facturation par : Mail  Courrier

### 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.

Fait à : .....

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

Signature du demandeur

**Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le présent formulaire, vous pouvez contacter le service concerné en charge des demandes de dossiers médicaux au 02.38.60.57.04**  
[dossiermedical@epsm-loiret.fr](mailto:dossiermedical@epsm-loiret.fr)