

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL**  
**À REMPLIR PAR LE PATIENT**

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR**

Mme     M.

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Prénom :

Date de naissance :    /    /

Adresse postale :

Code Postal :

Commune :

Adresse mail :

Téléphone :    /    /    /    /

**DÉSIGNATION DES PIÈCES DEMANDÉES**

**OBSERVATIONS :**

- MÉDICALES
- INFIRMIERS
- MÉDECINE GÉNÉRALE
- SOCIO-ÉDUCATIF
- ENTRETIENS AIDE SOIGNANT
- PHARMACIEN
- PSYCHOLOGUE
- INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉES
- ERGOTHERAPEUTE / ORTHOPHONISTE / PSYCHOMOTRICIENNE

Ensemble des pièces listées ci-dessus

**CERTIFICATS**

*(Soins sous contraintes) :*

- ADMISSION
- 24H/72H
- MENSUEL
- INFORMATIONS JLD
- SAISINE JLD
- DONNÉES RELATIVES À L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION
- CHANGEMENT DE PRISE EN CHARGE ET/OU LEVÉE DE CONTRAINTE

Ensemble des pièces listées ci-dessus

**LETTRES / COURRIERS :**

- LETTRE DE LIAISON
- COMPTE-RENDU MÉDECINE GÉNÉRALE
- COMPTE-RENDU NEUROPSYCHOLOGUE
- INVENTAIRES
- EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
- DOCUMENTS ADMINISTRATIFS
- DOCUMENTS PRODUITS PAR LE PATIENT

Ensemble des pièces listées ci-dessus

**DOSSIER MÉDICAL COMPLET**

*(ensemble des pièces listées ci-dessus)*

**PIÈCE JUSTIFICATIVE À FOURNIR**

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

### 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 : .....

Signature du demandeur :

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

*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  
Ou par mail : [dossiermedical@epsm-loiret.fr](mailto:dossiermedical@epsm-loiret.fr)

**Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le présent formulaire, vous pouvez contacter le service concerné au 02.38.60.57.04**