Georges Daumézon
Établissement Public de Santé Mentale du Loiret

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL
À REMPLIR PAR LE TUTEUR/CURATEUR OU MANDATAIRE

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

IDENTITÉ DU DEMANDEUR		
☐ Mme ☐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

☐ PARTIE(S) HOSPITALISATION(S) **UNIQUEMENT**

☐ PARTIE(S) SUIVI(S) EN AMBULATOIRE **UNIQUEMENT** (CMP, PRISM, HDJ…)

☐ **ENSEMBLE** DE LA PRISE EN CHARGE

OBSERVATIONS :	**CERTIFICATS** *(Soins sous contraintes)* **:**	**LETTRES / COURRIERS :**
☐ MEDICALES	☐ ADMISSION	☐ LETTRE DE LIAISON
☐ INFIRMIERS	☐ 24H/72H	☐ COMPTE-RENDU MEDECINE GENERALE
☐ MEDECINE GENERALE	☐ MENSUEL	☐ ORDONNANCES
☐ SOCIO-EDUCATIF	☐ INFORMATIONS JLD	☐ COMPTE-RENDU NEUROPSYCHOLOGUE
☐ ENTRETIENS AIDE SOIGNANT	☐ SAISINE JLD	☐ INVENTAIRES
☐ PHARMACIEN	☐ DONNES RELATIVES A L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	☐ EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
☐ PSYCHOLOGUE		☐ DOCUMENTS ADMINISTRATIFS
☐ INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEES	☐ CHANGEMENT DE PRISE EN CHARGE ET/OU LEVEE DE CONTRAINTE	☐ DOCUMENTS PRODUITS PAR LE PATIENT
☐ ERGOTHERAPEUTE / ORTHOPHONISTE /PSYCHOMOTRICIENNE		
☐ ***Ensemble des pièces listées ci-dessus***	☐ ***Ensemble des pièces listées ci-dessus***	☐ ***Ensemble des pièces listées ci-dessus***

☐ **DOSSIER MÉDICAL COMPLET**
(ensemble des pièces listées ci-dessus)

PIÈCES JUSTIFICATIVES À 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
En cas de tutelle ou de Curatelle : UNE COPIE DU JUGEMENT
En cas de mandataire : UN DOCUMENT ÉCRIT par le patient permettant de justifier du mandat

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 ……/……/…….

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le présent formulaire, vous pouvez contacter le secrétariat en charge des demandes de dossiers médicaux au 02.38.60.57.04
dossiermedical@epsm-loiret.fr