

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

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.

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse postale :

Code Postal :

Commune :

Adresse mail :

Téléphone : / / / /

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 :

- MEDICALES
- INFIRMIERS
- MEDECINE GENERALE
- SOCIO-EDUCATIF
- ENTRETIENS AIDE SOIGNANT
- PHARMACIEN
- PSYCHOLOGUE
- INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEES
- ERGOTHERAPEUTE / ORTHOPHONISTE / PSYCHOMOTRICIENNE
- Ensemble des pièces listées ci-dessus*

CERTIFICATS

(Soins sous contraintes) :

- ADMISSION
- 24H/72H
- MENSUEL
- INFORMATIONS JLD
- SAISINE JLD
- DONNES RELATIVES A L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION
- CHANGEMENT DE PRISE EN CHARGE ET/OU LEVEE DE CONTRAINTE
- Ensemble des pièces listées ci-dessus*
- DOSSIER MÉDICAL COMPLET**
(ensemble des pièces listées ci-dessus)

LETTRES / COURRIERS :

- LETTRE DE LIAISON
- COMPTE-RENDU MEDECINE GENERALE
- ORDONNANCES
- COMPTE-RENDU NEUROPSYCHOLOGUE
- INVENTAIRES
- EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
- DOCUMENTS ADMINISTRATIFS
- DOCUMENTS PRODUITS PAR LE PATIENT
- 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/...../.....

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