

## DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL D'UN MAJEUR PROTÉGÉ

Application de la loi n°2002.303 du 4 mars 2002, du décret n°2002.637 du 29 avril 2002 à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L1111-7 et 1112-1 du code de la santé publique et de l'arrêté du 5 mars 2004 relatif à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

### IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom : ..... Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... Téléphone : ..... Email : .....

(Aucun document médical ne pourra être transmis par email)

Adresse : .....

.....

### IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....

### PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- Copie de la pièce d'identité du demandeur (recto - verso)
- Copie de la pièce d'identité du tuteur (recto - verso)
- Copie du jugement de tutelle
- En cas de remise à un tiers :
  - Procuration établie par le demandeur
  - Copie de la pièce d'identité du tiers (recto - verso)

### DÉSIGNATION DES PIÈCES DEMANDÉES

**Les frais de reproduction du dossier sont à la charge du demandeur**

Prix unitaire pour la reproduction d'un document A4 .....	0,18 €
Prix unitaire pour la reproduction d'un document A3 .....	0,36 €
Prix unitaire pour la reproduction d'un CD-ROM .....	2,75 €

Les frais d'expédition (en recommandé avec accusé de réception) seront à votre charge.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comptes rendus de passage, consultation | <input type="checkbox"/> Dossier infirmier                             |
| <input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation        | <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie                          |
| <input type="checkbox"/> Comptes rendus opératoires              | <input type="checkbox"/> Dossier d'observation médicale                |
| <input type="checkbox"/> Examens de biologie                     | <input type="checkbox"/> Correspondances entre professionnels de santé |
| <input type="checkbox"/> Clichés d'imagerie                      | <input type="checkbox"/> Autres pièces (préciser) :                    |

Pour affiner votre demande, vous pouvez préciser :

- Les dates de séjours, passages ou consultations concernées
- L'objectif de la demande

.....  
.....  
.....  
.....

**Délais de transmission**

A compter de la date de réception de l'ensemble des pièces justificatives, l'hôpital dispose de 8 jours pour mettre à votre disposition les documents demandés (pour les dossiers de plus de 5 ans, ce délai est de 2 mois).

Date de la demande : ..... / ..... / .....

Signature :

## DEMANDE À ENVOYER À

Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise  
658 rue des Bourgoins - BP 725  
45207 AMILLY Cedex 07

## COMMENT RÉCUPÉRER LES DOCUMENTS DEMANDÉS ?

- Par envoi postal avec accusé de réception (les frais d'expédition seront à votre charge)**  
*ou*
- Sur place au DIMAP (sur rendez-vous)**  
*ou*
- Consultation des documents demandés sur place au DIMAP (sur rendez-vous)**

**Se rendre au DIMAP** (*Département de l'Information Médicale et de l'Accueil du Patient*)

1- Dirigez-vous sur le site principal du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise au  
658 rue des Bourgoins - 45200 AMILLY.

2- Entrez dans le Pavillon Colette Marin (bâtiment blanc en face des urgences).

3- Montez au niveau 2, puis dirigez-vous vers le bureau 24 ou 25