

**IDENTITÉ DU  
PATIENT**

NOM : ..... PRENOM : .....  
 NOM DE JEUNE FILLE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....  
 ADRESSE : .....  
 COURRIEL : ..... TELEPHONE : .....

**SÉJOURS  
CONCERNÉS PAR  
LA DEMANDE**

Désignation du service	Dates

**PIÈCES DU  
DOSSIER  
DEMANDÉES**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS DE CONSULTATION   | <input type="checkbox"/> DOSSIER D'ANESTHESIE   |
| <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION | <input type="checkbox"/> DOSSIER INFIRMIER      |
| <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS DE BIOLOGIE       | <input type="checkbox"/> OBSERVATIONS MEDICALES |
| <input type="checkbox"/> CLICHES RADIOGRAPHIQUES          | <input type="checkbox"/> AUTRES : .....         |

*Cochez cette case si vous souhaitez obtenir la copie des clichés d'imagerie sur une clé USB qui vous sera facturée avec les frais de délivrance. A défaut, les clichés seront communiqués sur CEDEROM.*

**MODALITÉS DE  
COMMUNICATION**

- CONSULTATION SUR PLACE (vous pouvez être accompagné d'un tiers)  
 ENVOI DES REPRODUCTIONS A VOTRE ADRESSE  
 ENVOI DU DOSSIER A UN MEDECIN- préciser les coordonnées: .....  
 REMISE DU DOSSIER SUR PLACE (vous serez contacté dès que le dossier sera disponible)

**PIÈCES  
JUSTIFICATIVES À  
FOURNIR**

- **COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE (à défaut la demande ne sera pas traitée)**

**FRAIS DE  
DÉLIVRANCE**

- PRIX UNITAIRE DE LA REPRODUCTION D'UNE PAGE : 0,18€
  - PRIX UNITAIRE DE LA REPRODUCTION D'UN CEDEROM : 2,75€
  - PRIX UNITAIRE DE LA REPRODUCTION D'UNE CLE USB : 7,00 €
  - FRAIS D'EXPEDITION : 7,00€ (sauf en cas de consultation ou de remise du dossier sur place)
- \* Pas de facturation si le montant est inférieur à 5€

Je suis informé(e) du caractère strictement personnel des informations contenues dans mon dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.

Fait à :  
Le :

Signature :