

**IDENTITÉ DU
DEMANDEUR**

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE: DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

COURRIEL : TELEPHONE :

**IDENTITE DU
PATIENT**

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE: DATE DE NAISSANCE :

**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
D'ACCES**

- 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
JUSTIFICATI
S À FOURNIR**

- **COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE DU PATIENT ET DU MANDATAIRE (à défaut la demande ne sera pas traitée)**
- **COPIE DU MANDAT SPECIAL**

**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 le dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.

Fait à :
Le :

Signature :