



RELATIONS AUX USAGERS
**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS
AU DOSSIER MEDICAL**

Référence :
Version :
Page/page (s) : 1 / 2
Date d'application :

Pour obtenir la communication de votre dossier médical ou des pièces désirées, veuillez nous retourner ce formulaire dûment complété, daté et signé (recto-verso), accompagné des pièces nécessaires à l'adresse ci-dessous :

**Centre Psychothérapique de l'Orne
Service des Admissions
31 Rue Anne Marie JAVOUHEY
61014 ALENCON Cedex**

1- IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :/...../.....
Adresse :
.....
.....
Téléphone :/...../...../...../..... ou/...../...../...../.....
Adresse mail :

2- IDENTITE DU PATIENT (si différente du demandeur) :

Nom de naissance du patient :
Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :/...../.....

3- QUALITE DU DEMANDEUR :

☐ Patient ☐ Représentant légal du patient ☐ Tuteur du patient ☒ Mandataire désigné par le patient

4- MOTIF DE LA DEMANDE :

☐ Information ☐ Changement de domicile ☐ Constitution d'un dossier MDPH
☐ Autre :

5- DATES ET SERVICES D'HOSPITALISATION ET/OU DE CONSULTATION :

DATES	Services concernés





RELATIONS AUX USAGERS

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS

AU DOSSIER MEDICAL

Référence :
Version :
Page/page (s) : 2 / 2
Date d'application :

6- NATURE DE LA DEMANDE

☐ Dossier médical complet ☐ Lettres de liaison

☐ Pièces particulières du dossier :

.....

.....

.....

7- MODALITÉS DE COMMUNICATION

Délai : Les dossiers de moins de 5 ans seront communiqués dans un délai de 8 jours.
Un délai minimal de traitement et de réflexion de 48h est nécessaire pour le traitement de la demande.
Ceux de plus de 5 ans seront communiqués dans un délai de 2 mois au maximum.

Tarif : Les copies sont facturées 0,18 euros l'unité et les frais d'envoi en recommandé sont à la charge du patient.

⚠ La première demande de dossier médical est gratuite conformément à l'arrêt de la Cour de Justice de l'Union Européenne du 26 octobre 2023. Toute demande répétitive sera facturée.

Vous souhaitez :

- ☐ un envoi postal en recommandé avec accusé de réception à votre domicile
- ☐ une consultation sur place avec possibilité d'être accompagné d'un médecin de l'établissement
(un rendez-vous vous sera proposé par téléphone)
- ☐ une remise en main propre (un rendez-vous vous sera proposé par téléphone)

Spécificité des soins psychiatriques sans consentement (Art.L1111-7 du CSP et Art.R1111-5 du CSP) :

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le patient demandeur en cas de risques d'une gravité particulière.

En cas de refus du patient, la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) est saisie soit par le patient soit par l'établissement. La CDSP dispose de 2 mois pour émettre son avis qui s'impose alors au patient et à l'établissement.

8- LES PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Patient	Copie recto-verso de la pièce d'identité
Représentant d'un mineur	Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur Copie recto-verso de la pièce d'identité du mineur Copie du livret de famille (partie parents et enfant) En cas de divorce, le document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale
Représentant légaux d'un majeur sous mesure de protection en représentation	Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient Copie de l'extrait de jugement de la mesure

Date de la demande : / /

Signature du demandeur :

