

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Je soussigné(e),

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Date de naissance : _____

Tel : _____

E-mail : _____

Exprime la demande en tant que :

Personne concernée

Mandataire

Ayant droit (*)

Médecin désigné comme intermédiaire

Personne ayant l'autorité parentale

Médecin ayant prescrit l'hospitalisation

Tuteur

(*) Si qualité d'ayant droit : motif de la demande

- Connaître la cause du décès
 - Défendre la mémoire du défunt
 - Faire valoir vos propres droits
 - Autre motif- préciser :
- _____
- _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

• Identique au demandeur

• Tierce personne

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Date de naissance : _____

(Lien de parenté) : _____

NATURE DE LA DEMANDE

• Partie du dossier correspondant à une hospitalisation particulière

Date : _____

• Pièces particulières du dossier (ex : CR d'hospitalisation, attestation, ordonnances ..)

• Préciser : _____

• Ensemble du dossier

MODALITES DE COMMUNICATION

- Par voie dématérialisée
(Mise à disposition sur une plateforme sécurisée et accessible par mail)

- Envoi postal au domicile en recommandé (avec avis de réception)

- Envoi postal à un medecin en recommandé (avec avis de réception)

Nom _____ Prénom _____
Adresse _____

- Copie remise en main propre

- Consultation sur place du dossier avec le médecin

⚠ A défaut de précision, l'envoi postal en recommandé sera privilégié.

A _____
Le _____
Signature 

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Conformément à la réglementation, la première délivrance d'une copie du dossier médical est gratuite. Les demandes suivantes peuvent donner lieu à une facturation (0.18cts la copie + frais d'envoi postaux en recommandé avec accusé de réception), sauf lorsqu'elles sont transmises par voie dématérialisée.

A la suite d'une consultation sur place du dossier, vous avez la possibilité de demander une copie de votre dossier (avec délai d'envoi réglementaire appliqué.)

Délai d'envoi par l'établissement (à compter de la date de réception de la demande dûment justifiée) :

- 8 jours pour les informations datant de cinq ans et moins
- 2 mois pour les informations datant de plus de cinq ans

Les informations que vous détiendrez vous sont strictement personnelles et notamment vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, ...)

Formulaire à nous retourner accompagné des pièces justificatives (cf. tableau page suivante) à :

Par mail : relations.usagers@epsm-sarthe.fr

Par voie postale :

Etablissement Public de Santé Mentale de la Sarthe
Cellule Usagers
20 Avenue du 19 mars 1962
B. P. 50004
72 703 ALLONNES CEDEX

QUALITE DU DEMANDEUR	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR
La personne concernée	<ul style="list-style-type: none"> - Justificatif d'identité - Justificatif du domicile
Ayant droit en cas de décès de la personne (Héritiers, conjoint survivant, légataires universels)	<ul style="list-style-type: none"> - Justificatif d'identité - Justificatif du statut d'ayant droit - Justificatif du décès de la personne - Motif précis de la demande <p><i>(Le médecin saisi de la demande s'assure que le patient n'a pas exprimé d'opposition avant son décès)</i></p>
Personne ayant l'autorité parentale Pour les mineurs	<ul style="list-style-type: none"> - Justificatif d'identité - Justificatif de l'autorité parentale <p><i>(Le médecin saisi de la demande s'assure de l'accord du mineur)</i></p>
Tuteur	<ul style="list-style-type: none"> - Justificatif d'identité - Justificatif de la qualité de tuteur
Mandataire (ne peut avoir de conflits d'intérêts et défendre d'autres intérêts que ceux du mandant : personne issue du milieu associatif, assistante sociale ...)	<ul style="list-style-type: none"> - Justificatif d'identité du mandataire - Mandat exprès délivré par le demandeur (le patient, ses représentants légaux –s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle – ou ses ayants droit en cas de décès) accompagné des justificatifs indiqués ci-dessus correspondant à sa qualité
Médecin désigné par le demandeur Comme intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> - Justificatif d'identité - Courrier ou formulaire dûment complété du demandeur (le patient, ses représentants légaux –s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle – ou ses ayants droit en cas de décès) mentionnant le nom du médecin, accompagné des justificatifs indiqués ci-dessus correspondant à sa qualité
Médecin ayant prescrit l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Justificatif d'identité - Accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès accompagné des justificatifs indiqués ci-dessus correspondant à la qualité du demandeur