

Formulaire d'accès aux clichés d'imagerie médicale



Les informations contenues dans votre dossier sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toute précaution afin d'en assurer sa confidentialité, notamment vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

À nous retourner à :

**Centre Hospitalier Le Mans – Direction Qualité et Patients
Service droits des patients**
194 avenue Rubillard – 72037 Le Mans Cedex 9

Ou par mail :

demandedossiermedical@ch-lemans.fr

1. Identité du demandeur

Nom Prénom.....

Nom de jeune fille : Née le/...../.....

Adresse

Code Postal : Ville :

Tél. (obligatoire) Mail

Agissant en qualité de :

Patient

Représentant légal de :

Majeur protégé : Oui Non

Nom Prénom.....

Née le/...../.....

Adresse

Code Postal : Ville :

2. Nature des documents

Radiographie date de l'examen :/...../.....

Échographie date de l'examen :/...../.....

Scanner date de l'examen :/...../.....

I.R.M. date de l'examen :/...../.....

Pet Scan date de l'examen :/...../.....

Scintigraphie date de l'examen :/...../.....

Autres documents (à préciser) :

3. Modalites de communication des documents

Communication des documents souhaités établi selon les modalités suivantes :

Retrait au Département des Dossiers Médicaux du Centre Hospitalier du Mans

Par envoi postal à :

Code Postal : Ville :

4. Justificatifs de documents a fournir

- **Pour un patient** : pièce d'identité
- **Pour un représentant légal** : pièce d'identité du demandeur et livret de famille ou l'extrait de naissance, ou décision de justice dans le cas d'un majeur protégé.
- **Pour une personne venant retirer le document autre le patient** : présentation de la procuration et de la pièce d'identité du patient et d'une pièce de la personne qui vient chercher les documents.

5. Attestation

Je soussigné(e), M. Mme

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Fait à

Le/...../.....

Signature

Pour tous renseignements complémentaires, merci de contacter le **Département des Dossiers Médicaux** au **02 44 71 01 80**.