

## 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](mailto:demandedossiermedical@ch-lemans.fr)

## 1. Identité du demandeur

Nom : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

Code postale : ..... 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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radiographie                         | date de l'examen : ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> Écographie                           | date de l'examen : ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> Scanner                              | date de l'examen : ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> I.R.M                                | date de l'examen : ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> Pet Scan                             | date de l'examen : ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> Scintigraphie                        | date de l'examen : ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> Autre documents (à préciser) : ..... | .....                                    |

### 3. Modalités de communication des documents

**Communication des documents souhaités établi selon les modalités suivantes :**

Retrait au Département des Dossiers Médicaux du Centre Hospitalier du Mans (du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30)

Par envoi postal à .....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

### 4. Justificatifs de documents à fournir

- **Pour un patient** : photocopie recto et verso d'une pièce d'identité (passeport, carte 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**.

**Cadre réglementaire :**

Loi du 2002-303 du 04 mars 2002 – Décret n°2002-637 du 29 avril 2002  
Conseil d'Etat n°27.02.34 – Arrêté du 26 septembre 2005 Arrêté du

Arrêté du 05 mars 2004  
03 janvier 2007