

Demande de documents médicaux par le-la médecin ou le-la thérapeute

Formulaire dûment complété et signé à adresser directement au(x) service(s) concerné(s)

Patient-e hospitalisé-e oui non

Coordonnées du patient – de la patiente (en majuscules)

Nom et prénom _____

Date de naissance _____ F M Tél. _____

Adresse _____

NPA – Localité _____

Documents souhaités

Dates

Services

<input type="checkbox"/> Lettre de sortie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rapport de consultation	_____	_____
<input type="checkbox"/> Protocole opératoire	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rapport radiologique	_____	_____
<input type="checkbox"/> Analyses laboratoire dernière hospitalisation	_____	_____
<input type="checkbox"/> Analyses laboratoires autres dates	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autres _____	_____	_____

J'atteste effectuer la présente demande avec l'accord du patient – de la patiente *

Tél. _____ E-mail (uniquement si sécurisé)
HIN secured oui non _____

Sceau du médecin

Date _____ Signature _____

* Patient mineur

- **Si l'enfant n'est pas capable de discernement (à évaluer par le médecin)**, la demande doit être effectuée avec l'accord d'un des parents détenteur de l'autorité parentale.
- **Si l'enfant est capable de discernement (à évaluer par le médecin)**, la demande doit être effectuée avec l'accord de ce dernier



DPc00700