

INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR

- > Identité du demandeur* :
- > Profession* :
- > Structure* (CHU, MDS, SAVS, SAMSAH, Libéral, etc.) :
- > Adresse professionnelle* :
- > Téléphone* : ••> Email* :

SI VOUS N'ÊTES PAS LE MÉDECIN TRAITANT, MERCI DE PRÉCISER :

- > Identité du Médecin traitant :
- > Téléphone :

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE PATIENT/USAGER

OPTION 1 : DÉCLARATION ANONYME

- > Sexe* : Femme Homme ••> Âge* :
- > Département de résidence* :
- > Diagnostic* : Oui Non Si oui le préciser :

OPTION 2 : COORDONNÉES DE VOTRE PATIENT/USAGER

AUTORISATION DE VOTRE PATIENT/USAGER :

Mon patient/usager a été informé et a consenti au partage d'informations sur sa santé dans le cadre de son parcours coordonné de maladie rare auprès des différents acteurs sanitaires et/ou médico-sociaux qui interviendraient dans sa prise en charge.

! Merci d'informer votre patient qu'il peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la limitation des informations figurant dans le traitement de ses données de santé directement auprès de **Maladies Rares Occitanie**.

- > Patient/usager (Prénom Nom)* : ••> Sexe* Femme Homme
- > Département de résidence* : ••> Date de naissance* : / /
- > Adresse* :
- > Email : ••> Téléphone :
- > Diagnostic* : Oui Non ••> Si oui le préciser :
- > Noms des médecins spécialistes :
- > Établissement ou service médico social ou scolaire : Oui Non Ne sais pas - Si oui, merci de préciser :
- Nom structure : ••> Tel et/ou Mail :
- > Travailleur social référent : Oui Non Ne sais pas - Si oui, merci de préciser :
- Prénom Nom : ••> Tel et/ou Mail :

VOTRE DEMANDE CONCERNE

- > Votre demande concerne* :
 - Recherche de diagnostic
 - Recherche service hospitalier spécialisé ou centre expert maladie rare
 - Appui au parcours de soins maladie rare
 - Recherche d'information/documentation sur la maladie rare
 - Accès aux droits en lien avec la maladie rare
 - Appui à la scolarité, formation ou emploi en lien avec la maladie rare
 - Accueil en structure médico-sociale
 - Recherche de dispositifs relatifs aux proches aidants (groupe de parole, répit, droits...)
 - Autre - **précisez dans cadre ci-contre** (obligatoire si case cochée)

••> Merci de joindre tout document utile : derniers CR de consultation, notifications MDPH, etc.

••> Merci de nous renvoyer cette fiche complétée de préférence par la messagerie sécurisée **Medimail** sur notre adresse : demande@maladies-rares-occitanie.fr

••> Merci de préciser votre demande ci-dessous :

(*) Champs obligatoires