



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* :

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 du Réseau Maladies Rares.

- Identité* : → Sexe* : Femme Homme
- Département de résidence* : → Date de naissance* : / /
- Adresse postale complète :
- Email de votre Patient : → Téléphone :
- Diagnostic* : Oui Non → Si oui le préciser :
- Noms des Médecins spécialistes :

VOTRE DEMANDE CONCERNE

→ Votre demande concerne* :

- Errance diagnostique
- Recherche d'un Centre expert Maladie Rare
- Recherche de professionnels de santé libéraux en lien avec la Maladie Rare
- Recherche d'information/documentation sur la Maladie Rare
- Accès aux droits en lien avec la Maladie Rare
- Orientation (sociale, médico-sociale, scolaire, professionnelle) en lien avec la Maladie Rare

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

→ Merci de nous la renvoyer cette fiche complétée :
autant que possible par la messagerie sécurisée **Medimail**
sur notre adresse contact@reseau-maladies-rares.fr

→ Merci de préciser votre demande ci-dessous :

(*) Champs obligatoires