

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