

## Formulaire de demande de communication de dossier médical

Demande faite par :

**Le patient**

M./Mme/M \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

**Joindre une photocopie de votre pièce d'identité**

**Un tiers (parent d'un enfant, patient sous tutelle, famille de personne décédée)**

M./Mme/Mlle/Docteur \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Joindre une photocopie de votre pièce d'identité, du livret de famille ou du jugement de tutelle**

**- Pour obtenir la copie des documents suivants :**

compte(s) rendu(s) d'hospitalisation \_\_\_\_\_

compte(s) rendu(s) opératoire \_\_\_\_\_

compte(s) rendu(s) consultations \_\_\_\_\_

comptes rendus radiographies, scanners \_\_\_\_\_

clichés radiographies, scanners \_\_\_\_\_

copie des résultats d'analyses  biologiques  anapath  bactério \_\_\_\_\_

autre (précisez) : \_\_\_\_\_

intégralité du dossier médical : \_\_\_\_\_

**Date du ou des séjours concernés à préciser**

**- Motif de la demande** (à préciser obligatoirement pour le dossier d'un patient décédé)

**- Les frais de copie** d'un dossier médical sont à **votre charge**, conformément aux dispositions du décret n° 2002-637 du 29.04.2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels de santé.

**Photocopie = 0.41 x**

**Total =**

**Cd Rom = 1.17 x**

**Frais d'envoi Recommandé AR =**

Le \_\_\_\_\_ Signature du demandeur

**Réservé à l'administration**

Dossier demandé aux archives le \_\_\_\_\_ CD-ROM demandé le \_\_\_\_\_

Prêt le : \_\_\_\_\_ Message laissé le : \_\_\_\_\_

Remise sur place à l'hôpital le : \_\_\_\_\_

Envoi postal / fax le : \_\_\_\_\_

Dossier  + de 5 ans

Temps passé :