



Formulaire de demande de communication de dossier médical

Demande faite par :

Le patient

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, personne ayant l' autorité parentale)

Mme./M _____

Adresse : _____

Tél : _____

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

- **Pour obtenir la copie des documents suivants** : *Date du ou des séjours concernés à préciser*

compte(s) rendu(s) d'hospitalisation _____

compte(s) rendu(s) opératoire _____

compte(s) rendu(s) consultations _____

comptes rendus radiographies, scanners, IRM _____

clichés radiographies, scanners, IRM _____

copie des résultats d'analyses biologiques anapath bactério _____

autre (précisez) : _____

intégralité du dossier médical à compter du : _____

- **Motif de la demande :**

- **Les frais de copie et d'envoi** d'un dossier médical sont à **votre charge**. Vous pouvez vous renseigner auprès du Département d'Information Médicale pour connaître le tarif en vigueur. Une facture vous sera adressée lors de l'envoi de la copie du dossier.

- **Modalité de remise de la copie**

Remise sur place

Envoi postal

Consultation sur place

Le _____ Signature du demandeur



Réservé à l'administration

Dossier demandé aux archives le _____ CD-ROM demandé le _____

Photocopies _____ X _____ = _____ CD _____ X _____ = _____

Frais d'envoi _____ Total _____

Copie prête le _____ Message laissé le : _____

Remise sur place à l'hôpital le : _____

Envoi postal le : _____

Dossier + de 5 ans Temps passé :