



*CENTRE HOSPITALIER "Emile BOREL"  
Saint-Affrique*

**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL  
A LA DEMANDE D'UN TIERS DEMANDEUR**

**Aucune information médicale ne sera transmise par mail, ni par fax afin de garantir la confidentialité et le secret du dossier médical.**

**Important : n'oubliez pas de joindre la photocopie de votre carte d'identité**

**Pour les personnes décédées hors CH de St Affrique, merci de fournir le certificat de décès.**

**DEMANDEUR :**

*Tous les champs ci-dessous sont obligatoires pour un meilleur traitement de votre demande*

Nom :

Prénom :

Tel :

Mail :

**Qualité du demandeur :** (cochez la case correspondante)

■ **Titulaire de l'autorité parentale** (fournir photocopie du livret de famille)

Père

Mère

Je soussigné, M ..... Père, Mère (rayer la mention inutile) atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale

■ **Déléataire de l'autorité parentale** (fournir la décision du juge aux Affaires Familiales)

■ **Tuteur** (fournir l'ordonnance du juge des tutelles)

■ **Ayants droit (dans le cas de patients décédés)** (dans tous les cas fournir une photocopie de votre pièce d'identité):

Conjoint  Enfant  (fournir la photocopie du livret de famille ou certificat d'hérédité)

Autre  (fournir la copie de l'acte notarié pour justifier de votre qualité d'ayant droit (Art 731 et suivants du code Civil))

**\*Motivation pour les ayant droit (Art L1110-4) :** La réglementation en vigueur (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, arrêt du Conseil d'état en date du 26 septembre 2005) autorise la communication aux ayants droits d'une personne décédée **des seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi, parmi trois motifs possibles :**

**Expliciter et fonder votre demande :**

- connaître les causes de la mort  : .....
- défendre la mémoire du défunt  : .....
- droits à faire valoir  : .....

**IDENTITE DU PATIENT :**

Nom de naissance :

d'épouse :

Prénom :

Date de naissance :

Date d'hospitalisation :

Date de consultation :

**DOCUMENTS DEMANDES :**

*Tout dossier médical est composé essentiellement de : Compte rendu hospitalisation, Compte rendu opératoire, Courriers médecins, résultats laboratoire, Clichés de radiologies(1), Compte rendu de radios, Dossier infirmier.*

**(1)** les clichés de radiologie ne peuvent faire l'objet que d'un prêt.

Ils doivent être demandés à la secrétaire du service dans lequel le patient a été hospitalisé.

Ce dernier devra remplir un formulaire dans lequel il s'engage à restituer les clichés.

**Votre demande concerne donc :**  
**Ne pas cocher pour les demandes concernant le patient décédé**

les pièces essentielles (merci de préciser ci-dessous)

.....  
.....

l'intégralité du dossier

**Frais d'envoi et de copies**

- Compte rendu d'hospitalisation : 1€ par compte rendu
- Compte rendu opératoire : 1€ par compte rendu
- CD (compte rendu scanographique) : 2,75€
- Intégralité du dossier : 10 €
- frais d'envoi recommandé (4,70€ pour les comptes rendus d'hospitalisation et les comptes rendus opératoires / 5,15€ pour le dossier complet)
- Autres comptes rendus : 0,20€ la feuille

**MODALITE DE COMMUNICATION :**

■ Envoi du dossier à mon domicile ou à une autre adresse par courrier avec A/R (joindre règlement correspondant à votre demande libellé à l'ordre du trésorier principal)

Adresse :.....  
.....

■ Envoi au médecin de mon choix par courrier avec A/R (joindre règlement correspondant à votre demande libellé à l'ordre du trésorier principal)

Nom et adresse :  
.....  
.....  
.....

■ Retrait sur place : merci de nous indiquer vos coordonnées téléphoniques pour que nous puissions vous contacter et fixer un rendez-vous : ..... (se munir d'une pièce d'identité et du règlement correspondant)

■ Retrait sur place par un tiers : merci de nous indiquer vos coordonnées téléphoniques pour que nous puissions vous contacter et fixer un rendez-vous : ..... (se munir d'une pièce d'identité, du règlement et d'une procuration établie par le demandeur).

■ Consultation sur place (se munir d'une pièce d'identité) : merci de nous indiquer vos coordonnées téléphoniques pour que nous puissions vous contacter et fixer un rendez-vous : .....

- Avec accompagnement médical (médecin correspondant hospitalier)
- Sans accompagnement médical

ET/OU

- En présence d'une tierce personne de mon choix
- Sans la présence d'une tierce personne

**Dans tous les cas, les frais d'envoi sont à la charge du demandeur.**

**La signature de ce formulaire entraîne l'acceptation de votre part du paiement des frais de traitement et de copie.**

**Date :**

**Signature :**

**NB : Tout envoi complémentaire pourra donner lieu à une nouvelle facturation**