

**PIÈCES À JOINDRE EN FONCTION DE LA QUALITÉ DU  
DEMANDEUR**

- ❑ Patient : copie de votre pièce d'identité recto verso en cours de validité (CNI ou passeport)
- ❑ Représentant légal (enfant mineur) : copies de votre pièce d'identité et d'un justificatif de l'exercice de l'autorité parentale (livret de famille, décision de justice...)
- ❑ Tuteur : copies de votre pièce d'identité et de l'ordonnance du juge des tutelles
- ❑ Mandataire : Joindre l'original de la procuration et la copie d'une pièce d'identité du mandataire et du mandant.
- ❑ Majeur sous mesure de protection juridique : copies de la pièce d'identité du majeur et du tuteur et de l'ordonnance du juge des tutelles
- ❑ Médecin désigné par le patient : copie de votre pièce d'identité justificatif de désignation
- ❑ Ayant droit (en cas de décès) : copies de votre pièce d'identité, du livret de famille, de l'acte de décès (si vous êtes conjoint ou descendant du patient) ainsi qu'un certificat d'hérédité ou un acte de notoriété (dans les autres cas)
- ❑ Personne de confiance : copies de votre pièce d'identité, du formulaire de désignation de personne de confiance signé et procuration du patient

**DEMANDE DE COMMUNICATION D'INFORMATIONS  
MEDICALES**

*(Articles R. 1112-79 à R1112-94 du Code de Santé Publique)*

Vous pouvez accéder à votre dossier médical, sur demande écrite à envoyer par voie postale ou par mail, accompagné des pièces justificatives, aux adresses ci-dessus.

Vous pouvez consulter votre dossier dans le service concerné, avec ou sans accompagnement d'un médecin. Cette consultation est gratuite et sur rendez-vous.

Votre dossier peut également vous être communiqué soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin que vous choisirez librement.

Si vous souhaitez obtenir copie de tout ou partie des éléments de votre dossier, les frais de reproduction et d'envoi sont à votre charge (tarifs ci-joints). Un devis vous sera adressé en fonction de votre demande.

Nous nous efforçons de mettre à votre disposition les copies dans un délai allant de 48 heures à huit jours. Si toutefois les informations datent de plus de cinq ans, ce délai est porté à deux mois.

Votre dossier médical est conservé pendant vingt ans à compter de la date de votre dernier séjour ou de votre dernière consultation externe. Au-delà les documents sont détruits.

**INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT**

Nom usuel : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_  
 Adresse postale : .....  
 .....  
 Période(s) d'hospitalisation/consultation : \_\_\_\_\_  
 Service(s) d'hospitalisation/ consultation : \_\_\_\_\_  
 Activité Publique  
 Activité Privée \*

*\* Seuls les documents concernant des consultations publiques pourront être transmis. Pour l'activité privée, nous vous invitons à contacter le secrétariat concerné*

### INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR (si le demandeur n'est pas le patient)

Nom usuel :                      Nom de naissance :  
Prénom :                          Date de naissance :  
Téléphone :                      Adresse mail :  
Adresse postale :

#### MOTIFS DE VOTRE DEMANDE

- Connaitre les causes du décès.
- Défendre la mémoire du défunt, précisez les circonstances :  
.....
- Faire valoir vos droits, précisez leurs natures :.....  
.....

#### MODALITES DE COMMUNICATION

- Consultation du dossier dans le service. Lors de cette consultation, souhaitez-vous être accompagné par un médecin (du CHIAP ou médecin traitant) ou par votre personne de confiance ?
  - Oui
  - Non
- Copies à retirer dans le service d'hospitalisation/consultation
- Envoi par courrier postal des copies. Choisir le mode d'envoi :
  - Recommandé avec accusé de réception (16.70€)
  - Chronopost (29€)
Indiquez où vous souhaitez que les copies soient envoyées :
  - À votre adresse,
  - Au médecin de votre choix, dans ce cas précisez :
    - ses nom et prénom :
    - ses coordonnées :

### Tarifs institutionnels des frais de reproduction \*

MONTANT DES FRAIS DE COPIE	NATURE DES PIÈCES DEMANDÉES
<b>DOSSIER MEDICAL</b>	
<b>Impression papier : 0.30€/page</b>	<input type="checkbox"/> Compte rendu d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Résultats biologiques, examens... <input type="checkbox"/> Autres, précisez.....
<b>Pour tout service 22.45€ (forfait) (hors réanimation) Dossier médical et paramédical complet</b>	<input type="checkbox"/> Intégralité du dossier papier
<b>Service réanimation 30.60€ (forfait) Dossier médical et paramédical complet</b>	<input type="checkbox"/> Intégralité du dossier papier service de réanimation
<b>EXAMENS D'IMAGERIE</b>	
<b>Impression du DVD : 6.85€/DVD</b>	Précisez le type d'exams : <input type="checkbox"/> Radiographies <input type="checkbox"/> Scanner <input type="checkbox"/> IRM
<b>Cliché radiologie standard : 7.65€/cliché</b>	Précisez le nombre de clichés : .....
<b>Impression papier du DVD :</b> Format A3 : 1.25€/page Format A4 : 0.60€/page	Précisez le format d'impression : <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A4
<b>Autre élément</b>	Précisez le type d'examen :

*\*Modalités en conformité avec l'arrêté du 1<sup>er</sup> Octobre 2001 décret n°2002-637 du 29/04/2002*

Merci d'attendre le devis qui vous sera adressé avant tout règlement à l'ordre du Trésor Public.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et accepte de prendre en charge les frais de reproduction et le cas échéant, d'envoi postal des documents médicaux demandés.

Fait à : ..... Le : .....

Signature du demandeur :