

	Qualité			
	QUA-ENR-0003 Doc lié en amont : QUA-PR-0004	Version n°4	18.05.2020	Page 1 sur 2
	<b>DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX</b>			

**Formulaire à retourner au :** Centre hospitalier Jean Pagès, Avenue du Clos Mignot, CS 90021, 37230 LUYNES

<b>1 - IDENTITE DU DEMANDEUR</b>	
Je soussigné(e) Nom : .....	prénom : .....
nom de jeune fille : .....	né(e) le : .....
domicilié(e) à .....	tél : .....
.....	mail : .....

<b>2 - Je demande mon dossier médical</b>
Pièce à joindre à votre demande (justificatif d'identité) <ul style="list-style-type: none"> <li>- copie de votre carte d'identité</li> <li>- ou copie de votre permis de conduire</li> <li>- ou copie de votre passeport</li> </ul>
📌 Une fois le cadre 2 rempli, je passe au dos du formulaire

<b>3 - Je demande le dossier médical d'une autre personne*</b>
<b>Nom du patient :</b> ..... <b>prénom :</b> ..... <b>nom de jeune fille :</b> ..... <b>né(e) le :</b> ..... <b>domicilié(e) :</b> ..... <b>à :</b> .....
J'exprime cette demande en ma qualité de :
<b>Titulaire de l'autorité parentale</b> ( <input type="checkbox"/> père ou <input type="checkbox"/> mère) Pièces à joindre à votre demande : <ul style="list-style-type: none"> <li>- copie de votre carte d'identité</li> <li>- copie du livret de famille</li> <li>- en cas de divorce : l'ordonnance du juge aux affaires familiales</li> </ul>
<b>Mandataire judiciaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pièce à joindre à votre demande : ordonnance du juge des tutelles</li> <li>- copie de votre carte d'identité</li> </ul>
<b>Ayant droit d'une personne décédée</b> <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> père-mère <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> autre
Pièces à joindre à votre demande : <ul style="list-style-type: none"> <li>- copie de votre carte d'identité</li> <li>- livret de famille (obligatoire)</li> <li>- acte de décès (obligatoire)</li> <li>- contrat de pacs (obligatoire)</li> <li>- certificat d'hérédité ou acte ou attestation notarié</li> </ul>
Pour les ayants-droits d'une personne décédée, <b>préciser le motif de la demande</b> : (date du décès : .....) <input type="checkbox"/> connaître les causes de la mort <input type="checkbox"/> défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> droit à faire valoir Précision sur les motifs : .....

\* cochez la ou les cases correspondant à votre choix ou à votre situation

#### 4 - Renseignements facilitant la recherche des informations médicales

Nom du ou des Service(s) de Soins  
(Service où le patient a été hospitalisé ou examiné en consultation)

Date(s) d'hospitalisation ou de Consultation

.....  
 .....  
 .....  
 .....

#### 5 - Nature des documents demandés

**les pièces significatives du dossier médical**  
(possibilité de sélectionner plusieurs pièces)

- Courriers médicaux
- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu de consultation
- Compte-rendu opératoire
- Compte-rendu d'examen (ex : bilans sanguins, échographie cardiaque, épreuves respiratoires...)
- Dossier infirmier
- Compte-rendu d'imagerie médicale
- Demande d'imageries

**autres documents (à préciser) :**

.....

ou

**la totalité du dossier médical détenu par le CH de Luynes**

A défaut de précision sur les éléments attendus, **c'est la copie du dernier compte-rendu** qui vous sera adressée par courrier.

#### Frais de copie et de communication :

- Photocopie A4 : 0,18 €
- Reproduction des imageries sur :  
- CD : 2,75 €
- Frais d'envoi recommandé AR : minimum 5,08 €

#### Réservé à l'administration

- Photocopie A4 :	0,18 € X .....	=	..... €
- CD :	2,75 € X .....	=	..... €
- Frais d'envoi recommandé AR :			.....€
<b>TOTAL</b> .....			<b>€</b>

#### 6 - Modalités de communication des documents

**Consultation sur place** (au CH sur RDV) - gratuit

Je souhaite la présence d'un médecin du CH :  oui  non

**Remise des copies sur place** (à la Direction) - payant (n° tél à contacter : .....

**Envoi postal – payant**       à moi-même      ou       à un médecin

Nom et prénom du médecin : .....

Adresse : .....

#### 7 - Attestation

Je soussigné(e) **M, Mme, Mlle**.....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- accepte de prendre en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé

**SIGNATURE :**

Pour tout renseignement : 02.47.55.30.01

Cadre réglementaire :

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 - Décret n°2002-637 du 29 avril 2002

Conseil d'Etat n°27.02.34 - Arrêté du 26 septembre 2005

Arrêté du 3 janvier 2007