

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénoms (dans l'ordre de l'Etat Civil) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Téléphone ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____ Email : _____

DOSSIER MEDICAL

Les informations médicales concernent :

1) ☐ le demandeur (pour son propre dossier médical) ☐ Motif de la demande : _____

ou

2) ☐ M. ☐ Mme ☐ Enfant Nom de naissance _____ Nom marital _____

Prénoms (dans l'ordre de l'Etat Civil) _____

Date de naissance: ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Agissant en qualité de :

☐ représentant légal (père et/ou mère pour les mineurs, tuteur) Motif de la demande : _____

☐ ayant droit (pour une personne décédée) **cocher** un des trois motif :

☐ connaître les raisons du décès ☐ défendre la mémoire du défunt * ☐ faire valoir ses propres droits *

* Détailler obligatoirement le motif pour que le Médecin puisse cibler les pièces du dossier médical :

HOSPITALISATION(S) CONCERNEE(S)

Suite à une hospitalisation en date du _____

Dans le service de _____ ☐ Site d'Avranches ☐ Site de Granville
☐ Site de St Hilaire du Harcouët ☐ Site de Mortain
☐ Site de Villedieu-les-Poêles

PIECES DU DOSSIER PATIENT DEMANDEES

☐ Intégralité du dossier patient **OU** ☐ Lettre de liaison / Compte-rendu d'hospitalisation
☐ Compte-rendu opératoire
☐ Clichés (radios, scanners...)
☐ Autres pièces : _____

MODALITES D'ACCES

☐ Que les copies soient adressées directement à mon domicile en recommandé, avec Avis de réception

☐ Que les copies soient adressées, à _____
(préciser nom, qualité et adresse), (ex : médecin traitant, avocat)

☐ Consulter le dossier dans le service concerné du Centre Hospitalier (prendre obligatoirement un rendez-vous auprès du secrétariat du praticien du service).

☐ souhaite venir seul(e)
☐ accompagné(e) d'un tiers : Nom _____ Prénom _____
qualité du tiers : _____

Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès ci-après

Fait à _____ le, _____ Signature



PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT ET A JOINDRE A VOTRE DEMANDE

☐ Vous demandez votre propre dossier :

☞ copie de la Carte Nationale d'Identité ou copie du Passeport ou copie du Permis de conduire

☐ Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineurs :

De 0 à 12 ans :

☞ copie de la Carte Nationale d'Identité ou copie du Passeport du mineur

☞ copie de la Carte Nationale d'Identité ou copie du Passeport ou copie du Permis de conduire des parents

☞ copie du Livret de famille

☞ copie du Jugement de divorce attestant de l'autorité parentale *le cas échéant*

De 13 à 18 ans :

☞ joindre les documents cités ci-dessus accompagnés d'une attestation écrite du mineur

☐ Vous demandez le dossier d'un majeur sous tutelle :

☞ copie de la Carte Nationale d'Identité ou copie du Passeport ou copie du Permis de conduire du tuteur ou de la tutrice

☞ copie du document attestant de votre qualité de tuteur(trice) (*exemple : Ordonnance*)

☐ Vous demandez le dossier d'un proche décédé :

☞ copie de la Carte Nationale d'Identité ou copie du Passeport ou copie du Permis de conduire du demandeur

☞ copie de la Carte Nationale d'Identité ou copie du Passeport ou copie du Permis de conduire de la personne

décédée

☞ copie du Livret de famille de la personne décédée *ou à défaut* copie de toute pièce justifiant de votre qualité d'ayant-droit (*exemple : certificat de succession, certificat d'ayant-droit...*)

DELAÏ DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans.

FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (*article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004*), seule la consultation du dossier sur place est gratuite.

Les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur selon le tableau ci-dessous :

1° FRAIS DE REPRODUCTION DES DOCUMENTS :

Nature des documents	Coût unitaire
Copie d'une feuille format A4 ou équivalent en impression noir et blanc	0,20 €
Copie d'une feuille format A3 en impression noir et blanc	0,40 €
Copie d'une radiographie A4 ou IRM	2,00€
Radiographie sur support CD	3,00 €

2° FRAIS D'EXPEDITION DES DOCUMENTS :

Tarif en vigueur appliqué par la Poste pour les courriers envoyés en recommandé avec Avis de Réception.

Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction et d'expédition s'il y en a. Une facture vous sera systématiquement adressée.

COMMUNICATION DU DOSSIER

Pour des raisons de confidentialité, les copies du dossier médical demandées sont transmises par courrier au domicile en recommandé avec Avis de Réception.

Le patient est informé du caractère strictement personnel des informations confidentielles contenues dans son dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).