



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UNE COPIE D'UN DOSSIER MEDICAL D'HOSPITALISATION

**Patient concerné par la demande :**

Nom ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom ..... Date de Naissance : ...../...../.....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

Adresse mail .....

**Demande de dossier effectuée par :**

Demandeur	Conditions	Documents à joindre à la demande
<input type="checkbox"/> Le patient lui-même		- Copie recto/verso de la pièce d'identité ou du passeport
<input type="checkbox"/> Un ayant droit	Uniquement pour les patients décédés	- Copie recto verso de la carte d'identité du demandeur - Copie du document attestant de la preuve de la qualité d'ayant droit (livret de famille, acte notarié, acte de naissance, certificat d'hérédité ou contrat particulier) - L'acte de décès
<input type="checkbox"/> Un représentant légal	Pour les mineurs	- Copie recto/verso de la carte d'identité du demandeur et du mineur - Copie du livret de famille ou acte de naissance
<input type="checkbox"/> Un tuteur	Pour les majeurs protégés	- Copie recto/verso de la carte d'identité du demandeur et du majeur protégé - Copie de l'ordonnance du juge des tutelles

**Identité du demandeur (si différent du patient) :**

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

Adresse mail .....

Lien de parenté avec le patient ou qualité de l'ayant droit .....

Motif de la demande (pour le patient décédé) :

- Connaître les causes de la mort (ex : établissement par le CH d'un certificat des causes du décès, naturelles ou accidentelles)
- Défendre la mémoire du défunt (ex : maladie professionnelle...)
- Faire valoir vos droits (ex : droit à pension, droit à assurance, réparation d'un préjudice...)

**Remarque : En fonction de l'objectif que vous poursuivez, vous aurez accès aux seules informations répondant à cet objectif**

**Modalités :**

Date(s) d'hospitalisation	Service(s)	Nom du médecin

**Les éléments du dossier dont vous demandez copie (à cocher) :**

- Dossier médical (courriers, comptes rendus, résultats)
- Dossier de soins (prescriptions ; dossier infirmier)
- Clichés radios
- Autres pièces (précisez) : .....



**Modalités de communication :**

**Délai : Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués sous 8 jours. Ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum.**

Je viendrai consulter le dossier sur place au Centre Hospitalier (sur rendez-vous)

Je viendrai retirer les copies au Centre Hospitalier (sur rendez-vous)

Je souhaite que les copies me soient envoyées par la Poste en recommandé avec A/R à l'adresse ci-dessous :

.....  
.....

Je souhaite que les copies soient envoyées par la Poste en recommandé avec A/R à l'adresse du médecin ci-dessous désigné :

Nom : ..... Prénom : .....

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

Je désigne la personne suivante pour agir en mon nom : (ne remplir cette case que si vous êtes dans l'impossibilité de vous déplacer ou de recevoir les copies) :

..... (joindre la copie de la pièce d'identité)

**Tarifs :**

- Le coût unitaire d'une feuille **A4 noir & blanc 120g** est de **0,30 €** // **A3 noir & blanc 120g** : **0.60 €**

- Le coût unitaire d'une feuille **A4 couleur 120g** est de **0,40 €** // **A3 couleur 120g** : **0.70 €**

- Le coût unitaire d'une radio format 24x30 = **2,60 €** // 30x40 = **4,50 €** // 36x43 = **4,70 €**

- Le coût unitaire d'un CD-ROM est de **3.50 €**.

*Si vous optez pour un envoi en recommandé avec Avis de Réception, s'ajouteront aux frais de copies, les frais d'envoi par la Poste.*

Fiche à compléter, datée et signée, à renvoyer :

<p><b>Par courrier :</b> Gestion des Demandes de Dossiers Médicaux Service de l'Information Médicale Centre Hospitalier de Carcassonne 1060 Chemin de la Madeleine CS 40001 11010 CARCASSONNE Cedex</p>	<p><b>Par fax :</b> au 04 68 24 29 98 (A l'attention de Fanny LEMASLE)</p>	<p><b>Par mail :</b> civ@ch-carcassonne.fr (Documents scannés)</p>
---	--	--

**IMPORTANT :**

- Votre demande sera considérée comme complète et traitée dès lors que toutes les pièces justificatives demandées nous auront été transmises.
- Vous serez informé de la disponibilité des documents demandés. Vous disposerez alors de **trois mois** pour leur retrait. Au terme de ce délai, votre demande sera considérée comme annulée, et devra être renouvelée.

**CONTACT :**

Fanny LEMASLE - Service de l'Information Médicale

☎ 04 68 24 35 97

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature :