



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
☐ Le patient lui-même		- Copie recto/verso de la pièce d'identité ou du passeport
☐ 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
☐ 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 ☐ « J'atteste sur l'honneur être pleinement en possession de mes droits parentaux pour l'enfant » :
☐ 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) :

- ☐ Connaitre 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

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 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 80g est de 0,30 € // A3 noir & blanc 80g : 0.60 €**

- 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 :

Par courrier :

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

Par mail :

civ@ch-carcassonne.fr
(Documents scannés)

IMPORTANT :

- Votre demande sera considérée comme complète et traitée dès lors que toutes les pièces justificatives demandées nous auront été transmises.
- Vous serez informés 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 :

Service de l'Information Médicale

☎ 04 68 24 35 97

Attestation sur l'honneur :

Je soussigné(e) (prénoms, nom) : certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Fait à : Le : /...../.....

Signature :