

**FORMULAIRE DE COMMUNICATION  
DU DOSSIER PATIENT**

**1 – IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT DEMANDE**

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Le cas échéant, la date du décès : ...../...../.....

**2 – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR DU DOSSIER PATIENT**

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Portable : .....

**JE SUIS LE PATIENT, LE REPRESENTANT LEGAL, LE TUTEUR OU MANDATAIRE**

▶ consulter la partie 4 du formulaire et compléter uniquement la partie 5 et 6

**JE SUIS UN AYANT DROIT (dans le cas d'un patient décédé)**

▶ consulter la partie 4 du formulaire et compléter uniquement la partie 3 et 6

**3 – JE SUIS UN AYANT DROIT**

Conjoint /concubin/PACS  Enfant  Frère /sœur  père / mère  Autre:.....

Votre demande doit être motivée en application de l'art L.1110-4 du code de santé publique par (à cocher):

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

Circonstances : .....

Faire valoir ses droits

Préciser la nature du/des droit(s) : .....

**IMPORTANT : Seules les informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par les ayants droit pourront être communiquées, sous contrôle du praticien hospitalier.**

**4 – PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR**

<input type="checkbox"/> Patient	- Copie d'une pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Représentant légal	- Copie d'une pièce d'identité du demandeur et du mineur, - Copie du livret de famille ou de l'acte de naissance. <i>En cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales</i>
<input type="checkbox"/> Tuteur	- Copie d'une pièce d'identité du demandeur et du majeur protégé - Copie de l'ordonnance du juge des tutelles.
<input type="checkbox"/> Ayant droit, Concubin/Concubine, Partenaire PACS	- une pièce d'identité du demandeur - la preuve de la qualité d'ayant droit (acte notarial ou livret de famille) - la preuve du concubinage ou contrat PACS - l'acte de décès du patient
<input type="checkbox"/> Mandataire	- Copie d'une pièce d'identité du mandataire et du mandant - Mandat original

**FORMULAIRE DE COMMUNICATION  
DU DOSSIER PATIENT**

**5- PIECES DU DOSSIER A REPRODUIRE**

**Hospitalisations**

Dates du séjour, spécialités et/ou noms du médecin :

.....  
.....

A défaut

Dernier passage dans l'établissement

**Documents à reproduire :**

Dossier médical

*Compte rendu d'hospitalisation ou lettre de sortie*

*Résultats d'examens de biologie :*

*Compte rendu opératoire*

*Compte rendu de consultation*

Dossier infirmier

Autre, précisez votre demande .....

**6 – MODALITES D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT**

Article L.1111-7 du code de la Santé Publique : « La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et l'envoi des documents. » soit :

- 0.24 euro par page A4 noir et blanc

+ frais postaux facturables au tarif en vigueur

En l'absence de précisions sur les modalités de communication, les documents demandés seront envoyés à l'adresse du demandeur en recommandé avec accusé de réception.

**Consultation sur place :**

Je souhaiterais bénéficier de l'accompagnement d'un médecin de l'établissement pour prendre connaissance des informations médicales. Je pourrai me faire remettre ultérieurement copie des documents médicaux (*facturables au tarif en vigueur*).

Le médecin de l'hôpital pourra recommander, s'il le juge nécessaire, la présence d'un accompagnant de votre choix pour la consultation sur place de votre dossier.

**Envoi de copie :**

à l'adresse du demandeur en recommandé avec accusé de réception

ou

à l'adresse du médecin désigné ci-dessous, en recommandé avec accusé de réception

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

**Remise des copies en main propre dans le service concerné :**

Vous serez contacté par le secrétariat de direction par mail ou par téléphone pour connaître la date et l'heure de remise des copies.

\*\*\*\*\*

Ce formulaire ainsi que les pièces justificatives doivent être transmis à :

**Madame le Directrice  
Centre Hospitalier Rue de l'hôpital 24250 DOMME**

Fait à ..... , le ..... Signature