





	Mode opératoire		N° diffusion BMS : 9412004 (Anc. ENR-DP-APD-001)		
	Dossier patient / Accès du patient à son dossier		Version : 05		
	<b>Demande de communication de documents médicaux</b>		Date d'application : 17-01-2020 Page 1 sur 1		
					

(Application de la loi n° 2002.303 du 4 mars 2002 et du décret n° 2002.637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L 1111-7 et 1112-1 du code de la santé publique)

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Je soussigné(e) Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
 Domicilié(e) \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

⇒ Agissant en tant que :

- Patient
- Représentant légal (père, mère, tuteur) de (nom, prénom) : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

**DEMANDE LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS \* :**

(\*Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation)

- Consultation (date(s)) \_\_\_\_\_
- Compte-rendu d'hospitalisation (date(s)) \_\_\_\_\_
- Compte-rendu d'intervention (date(s)) \_\_\_\_\_

**LES PIECES ESSENTIELLES DU DOSSIER MEDICAL :**

- imagerie médicale  dossiers d'anesthésie  de transfusion  de soins infirmiers  résultats de laboratoires
- Autres, précisez \_\_\_\_\_

Renseignements facilitant la recherche du dossier (service d'hospitalisation, médecin)

\_\_\_\_\_

**SELON LES MODALITES SUIVANTES :**

- Remise sur place à l'hôpital (prévenir la personne dès que les documents sont prêts)
- Envoi postal à Mme, Mlle, M. (nom, prénom, adresse) \_\_\_\_\_
- Envoi postal au docteur (nom, prénom, adresse) \_\_\_\_\_
- Consultation sur place en présence d'un médecin hospitalier, accompagné(e) de la personne de mon choix

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :

Joindre :  copie de votre pièce d'identité

- livret de famille ou jugement de tutelle (pour les personnes sous protection juridique), attestant de votre qualité de représentant légal du patient

**RESERVE AU SERVICE**

- \* ■ Documents papier A4 (0,18 €) \_\_\_\_\_ exemplaires
- Radiographies (2,50 €) \_\_\_\_\_ exemplaires  
(à compléter par le service de radiologie)
- CD ROM / DVD ROM (4 €) \_\_\_\_\_ exemplaires
- Frais d'expédition \_\_\_\_\_  
(envoi recommandé avec accusé de réception)

Fait le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CACHET DU SERVICE**

ENVOI GROUPE  
RETOUR A LA DIRECTION