DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : ☐ patient ☐ tuteur ☐ représentant légal

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :……..……..…..Nom d'époux : ……..……..……

Prénom :……..……Date de naissance : ……..……

Adresse :……...

Code postal :…...……..…… Ville : ……..……..……

Tel fixe : …… Tel. portable : ……..…… Mail : ……..……...……

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :……..……..Nom d'époux : ……..……

Prénom : ……..……Date de naissance : ……

JUSTIFICATIF A JOINDRE A LA DEMANDE

Patient : copie recto-verso de la pièce d'identité

Représentant d'un mineur (1) : copie recto-verso de la pièce d'identité du parent et (2) copie du livret de famille (partie parents et enfant) ou justificatif attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale (extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois, jugement de divorce).

Représentants légaux d'un patient sous tutelle : (1) copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient, et (2) copie du jugement de tutelle.

SERVICES d'hospitalisation ou de consultation, *précisez*	**PERIODE (de l'hospitalisation, de consultation), *précisez***	
	Du / /	Au / /
	Du / /	Au / /
Autres :		

DOCUMENTS DEMANDES

☐ Compte-rendu d'hospitalisation ☐ Compte-rendu de consultation ☐ Compte-rendu opératoire	☐ Dossier d'anesthésie ☐ Dossier de soins paramédical ☐ Evolutions médicales au cours du séjour
☐ Imagerie médicale (Scanner, IRM, Radiologie) ☐ Compte-rendu des examens biologiques	☐ Autre (précisez) : ……

MODALITES DE COMMUNICATION

Délai [2] : les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de deux mois, à compter de la réception de la demande complète.

Tarif [3] : **10 € par chèque bancaire à l'ordre du Trésor Public**. **Montant correspondant aux frais de photocopies du dossier et à l'envoi postal**

Vous souhaitez :

☐ Un envoi postal en recommandé avec avis de réception
☐ Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone
☐ Consulter le dossier médical sur place en présence d'un médecin (convenir d'un rendez-vous)
☐ Un envoi postal en recommandé avec avis de réception à un médecin de votre choix
Précisez ses coordonnées : ……...……..

Renvoyer le formulaire accompagné des documents à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges
Direction Qualité, Gestion des Risques et Relations Usagers
Demande de dossier médical
40, allée de la Source - 94195 Villeneuve-Saint-Georges Cedex
Téléphone : 01.43.86.20.35 – courriel : usagers@chiv.fr

Je soussigné(e), M…… reconnais avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.

Date Signature

(1) Articles L.1110-4 et 1111-7 du code de la santé publique, décision CE n° 270234
(2) Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R.1112-7 du code de la santé publique)
(3) Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005