	Enregistrement	Page 1/4
	DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIERS MEDICAUX	
	Document N° : PCB-ENR-0272	
		Date d'application : 03 déc. 2024
		Version : 002

1. Identité du demandeur – A remplir impérativement

Je soussigné(e) : Mme M. (Cocher la case correspondante)

Nom de naissance : Prénoms :

Nom d'usage : Né(e) le : / /

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél n°1 (*obligatoire*) : Tél n°2 (*facultatif*) :

Courriel : N° Sécurité Sociale + clé:

2. Identité du patient

Je sollicite la communication des éléments constitutifs du (Cocher la case correspondante A ou B ou C) :

A. Dossier médical me concernant personnellement

Pour le motif suivant (*facultatif*) : Déménagement Changement de médecin ou de spécialiste

Expertises Action contentieuse envisagée Autre (précisez)

B. Dossier médical concernant un mineur ou un majeur protégé.

Mme M..... N° Sécurité sociale :

Nom de naissance : Prénoms :

Nom d'usage : Né(e) le : / /

Pour le motif suivant (*facultatif*) : Déménagement Changement de médecin ou de spécialiste

Expertises Action contentieuse envisagée Autre (précisez)

J'agis en qualité de représentant légal : (Cocher la case correspondante) Titulaire de l'autorité parentale (mineur)

Personne chargée d'une mesure de protection juridique avec **représentation** relative à la personne

Personne chargée d'une mesure de protection juridique avec **assistance** à la personne si le majeur protégé y consent expressément

C. Dossier médical concernant une personne décédée

Mme M. N° Sécurité sociale :

Nom de naissance : Prénoms :

Nom d'usage : Né(e) le : / /

J'agis en qualité d'ayant droit (successeur légal ou testamentaire), concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité d'une personne décédée, pour le motif suivant (obligatoire, ne préciser qu'un seul motif) :

Pour connaître les causes du décès

Pour défendre la mémoire du défunt (1)

.....

Pour faire valoir des droits (1)

.....

(1) Merci de motiver votre demande, les médecins ne communiqueront que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi, précisé ci-dessus - sans justification la demande ne pourra être traitée.

	Enregistrement	Page 2/4
	DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIERS MEDICAUX	
	Document N° : PCB-ENR-0272	
		Date d'application : 03 déc. 2024
		Version : 002

3. Eléments constitutifs du dossier médical

Votre demande sera plus facile à honorer si elle précise les éléments souhaités.

Période(s) concernée(s) et/ou établissement concerné (anciennement clinique La Roseraie) :

.....

Service(s) et/ou médecin(s) concerné(s) :

.....

.....

Documents souhaités : (préciser les informations souhaitées ou dossier médical complet ******):

.....

.....

.....

.....

.....

- Scanner Radio IRM (dans le cadre de l'hospitalisation)

4. Choix de la transmission des documents (cocher la case correspondante)

Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur selon les tarifs disponibles en annexe.

****Attention**, dans le cas d'un dossier médical complet, composé de nombreuses pièces, un devis préalable pourra être adressé et devra préalablement être accepté avant traitement du dossier. Une facture vous sera envoyée et sera à régler à l'ordre du Trésor Public.

Envoi en recommandé avec avis de réception des copies à mon adresse indiquée dans la partie 1

Envoi en recommandé avec avis de réception des copies à un médecin (nom, prénom, adresse) :

.....

.....

Remise en main propre (je serai contacté(e) par téléphone lorsque les copies seront prêtes) :


A moi-même

A une personne mandatée par mes soins, désignée ci-dessous, ou disposant d'une procuration signée de ma part, et à qui il sera demandé la présentation d'une pièce d'identité :

Nom : Prénom :

Lien avec le demandeur :

Consultation sur place - *Présence d'un médecin souhaitée* : oui non

	Enregistrement	Page 3/4
	DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIERS MEDICAUX	
	Document N° : PCB-ENR-0272	
		Date d'application : 03 déc. 2024
		Version : 002

PIÈCES À FOURNIR

Document à retourner si la demande est : Pour vous même :

- Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)

Document à retourner si la demande est : En qualité de responsable légal : * sous réserve de la non opposition du mineur ou du majeur protégé.

- Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
- Pour les parents mariés non séparés de corps : livret de famille ou d'extrait d'acte de naissance du mineur portant mention du nom et du prénom des parents.
- Pour des parents divorcés ou mariés mais séparés de corps : copie de la décision de justice statuant sur l'autorité parentale ou l'ordonnance de séparation mentionnant les conditions d'exercice de l'autorité parentale.
- Pour les majeurs protégés : le jugement de mise sous protection.

Document à retourner si la demande est : Pour une personne décédée :

✓ Pour le conjoint ou enfant :

- Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
- Photocopie du livret de famille de la personne décédée (complet) ou acte de naissance ou autre document permettant la qualification d'ayant droit - photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)

✓ Pour les autres ayants droit :

- Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
- Acte notarié
- Photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)

✓ Pour le concubin :

- Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
- Certificat de concubinage
- Photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)

✓ Pour le partenaire lié par un pacte civil de solidarité :

- Photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
- Contrat du PACS
- Photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. Je suis informé(e) du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité. Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.


Date :

Signature précédée de « lu et approuvé » :

Les documents seront transmis lorsque la demande sera complète. Le délai d'attente pour la communication des pièces varie selon l'ancienneté du dossier, tel que prévu par la loi. En cas d'hospitalisation du patient lors de la demande, les documents seront transmis à l'issue du séjour.

**Ce document est à retourner, daté et signé, avec les pièces à fournir au
Centre Hospitalier du Pays Charolais Brionnais - Monsieur le Directeur
Boulevard les Charmes - 71600 Paray-le-Monial**

**En cas de difficulté, contacter le secrétariat de direction
au : 03-85-81-84-01 ou par mail : secretariat.direction@ch-paray.fr**

	Enregistrement	Page 4/4
	DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIERS MEDICAUX	
	Document N° : PCB-ENR-0272	Date d'application : 03 déc. 2024 Version : 002

ANNEXE TARIFAIRE : FRAIS DE REPRODUCTION DU DOSSIER

Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur :

Une facture vous sera adressée. Elle sera à régler à l'ordre du Trésor Public.

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarif de la poste en vigueur
Frais d'envoi simple – Lettre verte	Tarif de la poste en vigueur
Prix unitaire de la photocopie A4 N/B par page	0,18 € (**) (recto) 0.36 € (recto/verso)
Prix unitaire de la photocopie A3 N/B par page	0,36 € (**) (recto) 0.72 € (recto/verso)
Reproduction d'imagerie sur CD-Rom	2,75 €

** Le nombre de feuille transmise sera dépendant de l'architecture du dossier patient informatisé.*

*** Arrêté du 1^{er} octobre 2001, relatif aux frais de copie d'un document administratif.*