

### I. IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM :	_____
Nom de jeune fille :	_____
Prénom :	_____
Date de naissance :	/__/__/__/__/__/_____
Type et N° de pièce d'identité :	_____
Adresse :	N° _____ Rue : _____
	_____
	Code postal /__/__/__/__/__/ Ville : _____
Téléphone :	/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

### II. QUALIFICATION

<b>Cas n° 1</b> : Vous êtes le patient lui-même :	_____ <input type="checkbox"/>
<b>Cas n° 2</b> : Vous êtes le titulaire de l'autorité parentale si le patient est mineur, le représentant légal d'un majeur sous tutelle ou la personne mandatée par le patient _____ <input type="checkbox"/>	
Si OUI, veuillez préciser votre qualité :	_____

### III. DOSSIER DU PATIENT

NOM du patient (si différent du demandeur) :	_____
Nom de jeune fille (si différent du demandeur) :	_____
Prénom du patient (si différent du demandeur) :	_____
Date de naissance :	_____
Date du séjour ou de la consultation :	du /__/__/__/__/__/__/__/
	Au /__/__/__/__/__/__/__/
MOTIF de la demande de consultation (mention obligatoire si le demandeur n'est pas le patient) :	



#### IV. MODE DE COMMUNICATION

**Cas n° 1 :** je souhaite consulter gratuitement sur place (**uniquement sur rendez-vous**), site de Mende ou de Marvejols (*ayer la mention inutile*) mon dossier médical et

Etre assisté(e) par un médecin \_\_\_\_\_

Ne pas être assisté(e) par un médecin \_\_\_\_\_

**Cas n° 2 :** je souhaite retirer les copies de mon dossier (**uniquement sur rendez-vous**) sur le site de Mende ou de Marvejols (*ayer la mention inutile*), les frais de reproduction sont à ma charge (*Cf tarifs en page 3 de l'annexe*) \_\_\_\_\_

**Cas n° 3 :** je souhaite qu'une copie de mon dossier médical me soit envoyée à mes frais en Recommandé-Accusé-Réception (*Cf tarifs en page 3 de l'annexe*) \_\_\_\_\_

**A l'adresse suivante, si différente de l'adresse indiquée supra :**

#### V. DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL

Lors de la consultation de votre dossier médical et pour la bonne compréhension des informations contenues, la présence d'un médecin vous est vivement recommandée.

Si vous souhaitez que votre dossier médical soit adressé à votre médecin traitant, veuillez nous préciser ses coordonnées :

Docteur : \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal / \_ / \_ / \_ / \_ / Ville : \_\_\_\_\_

N° de Tél. : \_\_\_\_\_

#### VI. SIGNATURE ET ACCEPTATION

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ auteur de la présente demande, atteste avoir été informé(e) des différents modes d'accès au dossier médical et de l'existence d'un dispositif d'accompagnement médical.

J'atteste avoir qualité pour consulter le dossier médical demandé en application de l'article 1<sup>er</sup> (abrogé au 27 mai 2003) du décret du 29 avril 2002 (patient lui-même, titulaire de l'autorité parentale, tuteur ou personne mandatée) et je joins les copies des pièces justificatives qui me sont demandées en fonction de ma qualité (*Cf Tableau 1 en page 3 de l'annexe*).

Fait à :

Le :

Signature du demandeur

Signature du cadre du service\*

\* **Si le ou la cadre de service dans lequel le patient est hospitalisé complète la présente demande**

#### CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

**A la date de remise ou d'envoi du dossier médical**, l'archiviste ou la secrétaire médicale (site Gévaudan- Marvejols) vise le présent formulaire, dont l'original est adressé à la Direction générale et une copie est annexée au DPU:

Nom, prénom du patient :

Date de naissance :

*Si différent du demandeur, préciser nom, prénom, date de naissance :*

**DATE :**

Nom et signature de l'archiviste ou de la secrétaire médicale (site Gévaudan- Marvejols) :



**ANNEXE**

**Tableau 1**

Qualité du demandeur	Pièces justificatives à joindre au formulaire dûment complété et signé
<b>Majeur capable</b>	- Copie d'une pièce d'identité à jour recto-verso
<b>Personne titulaire de l'autorité parentale</b>	- Copie de votre pièce d'identité à jour recto-verso - Copie de la pièce d'identité à jour du mineur recto-verso - Copie du livret de famille ou de la décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale  <b>Le mineur peut refuser à son / ses représentants légaux l'accès à son dossier ou le conditionner à la présence d'un médecin de son choix lors de sa consultation.</b>
<b>Représentant légal d'un majeur sous tutelle</b>	- Copie de votre pièce d'identité à jour recto-verso - Copie de la pièce d'identité du majeur protégé à jour recto-verso - Copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur
<b>Personne mandatée par le patient</b>	- Copie de votre pièce d'identité à jour recto-verso - Mandat exprès signé du patient  <b>Sous réserve d'absence de conflit d'intérêt avec le mandat</b>

**Frais de reproduction : Tarifs réglementaires en vigueur**

Facturation des frais d'envoi en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception (AR-LR) : Tarifs de la Poste en vigueur

**Délais de communication :**

Le demandeur obtiendra communication des informations au plus tard dans un délai de 8 jours à compter de la réception de ce formulaire dûment complété et signé accompagné des pièces justificatives ou à réception de la demande reformulée ou des pièces manquantes en cas de non recevabilité, et, sous 2 mois, pour des informations datant de plus de 5 ans,.

Dans tous les cas, le demandeur dispose d'un délai de réflexion incompressible de 48 heures avant transmission des documents.

**Facturation et règlement :**

Le demandeur devra s'acquitter des frais de reproduction à réception de l'avis des sommes à payer.

***Si vous rencontrez des difficultés pour compléter le formulaire de demande de communication du dossier patient unique ou si vous souhaitez poser une question ayant trait à cette demande, merci de joindre la Responsable des Relations avec les Usagers :***

Téléphone : 04.66 49.49.00

Courriel : [RRUA@ch-mende.fr](mailto:RRUA@ch-mende.fr)

