

*Décret 2002-637 du 29 avril 2002 de la Loi du 4 mars 2002 sur le droit du malade et la qualité du système de santé.*

**Identité du demandeur <sup>(1)</sup>**

M.  Mme  Adresse : .....

Nom de naissance : .....  
Nom marital : ..... Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|

Prénom(s) : ..... Ville : .....

Date de naissance : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_| Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Lieu de naissance : ..... Email : .....

**Je suis :**

le patient lui-même

le représentant légal d'un patient mineur <sup>(2)</sup>  
Nom du patient mineur : .....  
Prénom(s) du patient mineur : .....  
Date de naissance du patient mineur : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

le représentant légal d'un patient  sous tutelle <sup>(3)</sup>  sous curatelle <sup>(4)</sup>  
Nom du patient sous tutelle/curatelle : .....  
Prénom(s) du patient sous tutelle/curatelle : .....  
Date de naissance du patient sous tutelle/curatelle : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

un médecin désigné par le patient

<sup>(1)</sup> *Dans tous les cas, joindre une copie de la pièce d'identité recto-verso du demandeur.*

<sup>(2)</sup> *Joindre en plus une copie du livret de famille ou une copie du jugement de divorce (dans le cas de l'exercice de l'autorité parentale partagée ou non).*

<sup>(3)</sup> *Joindre en plus une copie du jugement de tutelle.*

<sup>(4)</sup> *Joindre en plus l'accord financier du curateur et une copie du jugement de curatelle.*

**Modalité de communication des documents**

Remise des copies en mains propres

Remise des copies à une personne mandatée  
*La personne mandatée devra fournir l'original du mandat exprès et sa pièce d'identité.*

Envoi des copies à mon domicile par lettre recommandée avec avis de réception

Envoi des copies à un médecin désigné  
Nom du médecin désigné : .....  
Prénom(s) du médecin désigné : .....  
Adresse : .....  
Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Consultation du dossier patient sur place sur rendez-vous  
*Aucune copie ne sera effectuée sur place. L'envoi des copies pourra se faire ultérieurement par voie postale.*  
Lors de ma consultation sur place, je souhaite être accompagné(e) par un médecin  oui  non

### Liste des documents souhaités

Afin de mieux répondre à vos besoins et limiter d'éventuels frais de copies, nous vous demandons de nous préciser les informations auxquelles vous souhaitez accéder.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'urgence                      | <input type="checkbox"/> Résultats d'examens biologiques |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu de consultation                | <input type="checkbox"/> Dossier infirmier               |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation, d'opération | <input type="checkbox"/> Ensemble du dossier médical     |
| <input type="checkbox"/> Dossier de radiologie, scanner              |  |

**Les informations du dossier médical sont strictement personnelles. Un usage non maîtrisé par la révélation ou la diffusion non autorisée de certaines informations peuvent nuire à son titulaire.**

### Dates de séjour concernées par la demande

Dates de séjour	Services concernés

### Délais de réception

À réception de votre demande, le centre hospitalier se doit de respecter les délais règlementaires de communication du dossier médical ((article L.111-7 du code de la santé publique), qui sont de :

- 2 à 8 jours pour les informations constituées depuis moins de 5 ans
- 2 mois pour les informations constituées depuis plus de 5 ans

### Frais de copie et d'envoi

Les frais de copie et d'envoi de tout ou partie du dossier médical patient donnent lieu à facturation.

Coût de la copie	<b>0,18 €</b>
Coût du contre type (radiographie, CD-ROM...)	<b>5,60 €</b>
Coût du rapatriement d'un dossier externalisé	<b>21,53 € (dossier de plus de 4 ans)</b>
Coût de l'envoi par lettre recommandée avec avis de réception	<b>Tarifs postaux en vigueur</b>

Fait le : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| À : .....

Signature du demandeur :

**Formulaire à retourner complété à :**

Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier Intercommunal Redon-Carentoir  
8 avenue Étienne Gascon – CS 90262  
35603 REDON Cedex