

Nom du patient :

Nom du demandeur :

Adresse :

n° de téléphone :

**FORMULAIRE De demande de dossier medical**

**par leS representants legaux**

Vous êtes :

🞎Le père

🞎La mère

🞎Le tuteur

**1. Pièces justificatives**

*Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant la santé de la personne prise en charge au centre hospitalier, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir les documents cochés*

🞎photocopie recto-verso d’une pièce d’identité en cours de validité

🞎photocopie d’un document attestant l’exercice de l’autorité parentale

(livret de famille, jugement ou arrêt rendu)

🞎photocopie d’un document attestant l’exercice de la tutelle (jugement ou arrêt rendu)

**2. Modalité de consultation souhaitée**

*Plusieurs modalités de consultation du dossier peuvent vous être proposées.*

🞎Consultation sur place du dossier sur rendez-vous

Dans ce cas, souhaitez-vous la présence d’un médecin ? 🔿 OUI 🔿 NON

*Dans l’affirmative, nous vous proposerons une date de rendez-vous, en présence d’un médecin désigné par l’établissement qui pourra répondre à vos questions éventuelles. Si vous désirez des copies des documents qui vous seront présentés, elles vous seront facturées aux tarifs qui vous ont été communiqués précédemment*

🞎Envoi postal d’une copie du dossier ou de pièces particulières à un médecin désigné par vos soins : Si oui, veuillez préciser le nom et l’adresse de ce médecin :

🞎Envoi postal d’une copie du dossier ou de pièces particulières à vous-même

🞎Retrait du dossier au Bureau des Sorties du Centre Hospitalier

T.S.V.P. …/…

**3. Nature de la demande**

*L’ensemble des informations contenues dans le dossier peut être consulté ou transmis (*à l’exception d’informations concernant les tiers ou communiquées par les tiers, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique).

*Toutefois, il ne vous est pas forcément nécessaire d’accéder à l’ensemble de ces informations. Afin de mieux répondre à vos besoins et de limiter d’éventuels frais de copie, nous vous demandons de nous préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès.*

🞎**Dossier complet**

❑ avec les examens d’imagerie (Radiographies, IRM, scanner…)

* sans les examens d’imagerie

**OU**

🞎**Parties du dossier correspondant à une hospitalisation ou une consultation particulière**

- veuillez préciser le séjour concerné (date d’entrée, de sortie, nom du service concerné): ......................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………

- et les pièces particulières du dossier souhaitées :

* + - Lettre de sortie
    - Compte-rendu d’hospitalisation
    - Prescriptions établies lors de la consultation ou à la sortie
    - Compte-rendu opératoire
    - Examens d’imagerie :

🔿 Radiographies

🔿 Scanners

🔿 IRM

* + - Examens biologiques
    - Dossier d’anesthésie
    - Dossier de soins infirmiers
    - Autres, précisez : ……………..

**Confidentialité des informations contenues dans le dossier médical** :

Les informations contenues dans le dossier médical sont strictement confidentielles. Vous devez être attentif à ne pas les communiquer à une personne qui n’est pas autorisée à en prendre connaissance.

**Formulaire à retourner complété et accompagné des pièces justificatives au :**

***Directeur des Droits, des Usagers et de la Qualité***

***Rue du Docteur Schweitzer***

***17019 LA ROCHELLE CEDEX 01***

***Date et signature du demandeur :***