



Dossier patient/résident - Demande de communication - modalités et formulaire

Rue du Docteur Villers
Saint-Aubin-Lès-Elbeuf, BP 310
76503 ELBEUF

Tél. 02 32 96 35 35
Fax. 02 32 96 36 27

Direction de la Coordination
Des Parcours Patients

LA COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Vous pouvez demander communication de votre dossier médical. Cette demande doit être adressée par écrit à :

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers-Val de Reuil – Rue du Docteur Villers - BP 310 76503 ELBEUF Cedex

A votre courrier, vous joindrez le formulaire ci-joint au verso, dûment rempli et signé. Il doit être accompagné, dans tous les cas, de la photocopie d'une pièce d'identité recto-verso du demandeur, ainsi que :

- Pour le représentant légal, d'une copie de tout document attestant de son autorité parentale (livret de famille, jugement).
- Pour les ayants droits, d'une copie du livret de famille ou d'un acte notarié, et/ou d'un acte de naissance avec le lien de parenté, copie de l'acte de décès si le patient n'est pas décédé dans notre établissement.
- Pour le tuteur, une copie du jugement de tutelle.

Le dossier vous sera adressé à votre domicile, soit gratuitement, soit selon sur la base du tarif adopté par le Centre Hospitalier Intercommunal ELBEUF/LOUVIERS-Val de Reuil (0,18 € par copie papier par exemple), et des frais d'envoi des documents en recommandé avec accusé de réception, en fonction du type de demande.

Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de télécharger le formulaire sur notre site internet <http://www.chi-elbeuf-louviers.fr>

En cas de besoin vous pouvez contacter le secrétariat de la Direction de la Coordination des Parcours Patients 02.32.96.35.81



Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers-Val de Reuil

Direction de la Coordination des Parcours Patients
Avenue du Docteur Villers – BP 310 - 76503 ELBEUF

☎ 02.32.96.35.81

☎ 02.32.82.21.58

secretariat.commission.usagers@chi-elbeuf-louviers.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Je soussigné(e)

Nom : Nom de Jeune Fille :

Prénom : Date de Naissance :/...../.....

Adresse :

) : ☎ :

Mail :

demande la communication des informations contenues :

dans mon dossier médical

dans le dossier médical de :

Nom : Nom de Jeune Fille :

Prénom : Date de Naissance :/...../.....

→ J'agis alors en tant que :

Patient concerné

Représentant légal

Conformément à la législation, l'enfant mineur peut s'opposer à la communication de son dossier médical au titulaire de l'autorité parentale.

Ayant droit d'un patient décédé : Date du décès :/...../.....

Mention obligatoire (à cocher) :

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt, précisez :

Faire valoir mes propres droits, précisez :

Tuteur

Le présent formulaire dûment rempli et signé, doit être accompagné, **dans tous les cas** de la photocopie d'une **pièce d'identité recto-verso du demandeur**, ainsi que :

➤ pour le représentant légal, d'une copie de tout document attestant de son autorité parentale (livret de famille, jugement).

➤ pour les ayants droits, d'une copie du livret de famille ou d'un acte notarié, et/ou d'un acte de naissance avec le lien de parenté, copie de l'acte de décès si le patient n'est pas décédé dans notre établissement.

➤ pour le tuteur, une copie du jugement de tutelle.

Modalités de communication :

Je souhaite l'envoi des copies de ces informations par courrier postal à l'adresse indiquée ci-dessus. Dans le cas contraire, merci de bien vouloir préciser l'adresse :

Je souhaite l'envoi des copies de ces informations par courrier postal à un médecin. Merci de bien vouloir préciser l'adresse (*l'envoi se fera après l'accord écrit du médecin pour recevoir le dossier*) :

Autre (préciser) :

Afin que nous puissions vous répondre au mieux, veuillez préciser la période d'hospitalisation et/ou consultation ainsi que le motif de votre demande :

Périodes et services	
Dates	Service d'hospitalisation ou de consultation

Motif de la demande :

Éléments de mon dossier que je désire obtenir :

Compte rendu de consultation

Observation des urgences

Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu opératoire

Compte-rendu des examens complémentaires

Autres :

TARIFS

➤ Demande simple : provenant du patient lui-même ou des parents d'un mineur pour une prise en charge datant de moins de 5 ans dans un seul service n'excédant pas 10 impressions ou copies en moyenne.	GRATUIT
➤ Demande autre : provenant d'un tuteur, d'un ayant droit, d'un patient, pour une prise en charge dans plusieurs services, pour les demandes formulées dans le cadre du Fond d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), et les demandes datant de plus de 5 ans.....	0.18 € la copie
<input type="checkbox"/> J'ai pris note que la reproduction du dossier médical est payante (selon la législation en vigueur). L'envoi de cette copie est alors effectué par recommandé avec accusé de réception, <u>après réception du règlement</u> .	2€ le CD d'imagerie
	+
	Tarif de la poste

A, le

SIGNATURE DU MINEUR (à partir de 12 ans)

SIGNATURE DU DEMANDEUR