



FORMULAIRE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT POUR UN PATIENT MAJEUR

En référence à l'article L 1110-4 et L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein (Art R 1112-7 CSP).

IDENTITE DU PATIENT DEMANDEUR :

☐ M. ☐ Mme

Nom de Naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance : Lieu de Naissance :

Courriel :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Pays : Téléphone :

 Avant de réaliser votre demande assurez-vous que les documents ne sont pas accessibles dans votre Dossier Médical Partage (DMP)

JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE :

Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité.

DEMANDE EN VUE D'OBTENIR LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS :

(Cocher la ou les cases et compléter)

Service(s) d'hospitalisation concerné(s) :

☐ Compte-rendu d'hospitalisation (CRH) du au

☐ Compte-rendu opératoire de l'intervention du

☐ Comptes-rendus et résultats d'examens

☐ Autres documents (préciser nature et date).....

MODALITES DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DEMANDEES :

☐ Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception

☐ Une remise en main propre, lors des permanences, au demandeur ou à la personne mandatée par écrit (tous les dossiers non retirés dans un délai de 3 mois, seront adressés à votre adresse par courrier LR/AR à vos frais)

☐ Un envoi à un médecin de votre choix (nom, prénom et adresse) :

☐ Une consultation sur place (un rendez-vous vous sera proposé par téléphone)

Délais : Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum à compter de la réception de la demande complète.

Tarifs : La première copie est gratuite, seuls les frais d'envoi restent (LR/AR) sont à la charge du demandeur. Pour les autres demandes, les copies sont facturées 0,25€ l'unité ; le CD- ROM/DVD est facturé 5.00€ ; l'envoi par courrier postal (LR/AR) est facturé au tarif en vigueur.

Je, soussigné(e), M.....
reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais éventuels.

Date :

Signature :

Document à retourner, complété et accompagné des justificatifs à :

Par courriel : service.relations-usagers@ch-saintnazaire.fr

ou

Par courrier : **Centre hospitalier de Saint-Nazaire**
Service des relations avec les usagers
11 boulevard Georges Charpak
BP 414
44606 SAINT-NAZAIRE CEDEX

Nous contacter : service.relations-usagers@ch-saintnazaire.fr ou 02.72.27.89.40