



FORMULAIRE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT POUR UN PATIENT MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE

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 DEMANDEUR :

Patient mineur (Père-Mère) :

Nom du père :
 Prénoms :
 Courriel :
 Adresse :

 Code Postal :
 Ville :
 Pays :
 Téléphone :

Nom de la mère :
 Prénoms :
 Courriel :
 Adresse :
 Code Postal :

 Ville :
 Pays :
 Téléphone :

Patient mineur ou majeur sous tutelle :

☐ M. ☐ Mme (nom et prénoms du Tuteur)

.....
 Courriel (pour faciliter les échanges) :
 Adresse postale :

 Téléphone :

IDENTITE DU PATIENT :

☐ M. ☐ Mme

Nom de Naissance : Nom d'usage :
 Prénom :
 Date de naissance : Lieu de Naissance :
 Adresse postale :

JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE :

Patient mineur :

- Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité du parent
- Copie du livret de famille (partie parents et enfant)

Patient mineur ou majeur sous tutelle :

- Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité du demandeur
- Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité du patient
- Copie du jugement de tutelle

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) duau
- ☐ 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 notre service)

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 (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