



Emetteur :  
DiCQPRAS

IMPRIME

**FORMULAIRE DE  
DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL  
Centre Hospitalier de Niort**

CHN-DOS-ACC-  
IM-001-003

Version n° 8  
MAJ Date :  
01/09/2017

Pagination : 1/2

DiCQPRAS – Services de soins - Service des admissions

*Toute personne qui en fait la demande peut accéder directement à son dossier médical  
et aux informations de santé la concernant  
(loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)*

**Je soussigné(e), (nom, prénom).....**  
Né(e) le.....  
Domicilié(e).....  
.....  
Téléphone.....

**Agissant en qualité de :**

⇒ **Patient majeur**  **Mineur émancipé**

*Pièce(s) à fournir :* - Une copie de votre pièce d'identité R/V (carte d'identité, permis de conduire, passeport...)  
- Jugement d'émancipation (pour le mineur émancipé)

⇒ **Ayant droit d'un patient décédé**

**Conjoint marié(e)**  **Pacsé(e)**  **Concubin(e)**  **Enfant**  **Père-Mère**  **Frère-Sœur**   
**Autre**.....

*Pièce(s) à fournir :* - Une copie de votre pièce d'identité (carte d'identité, permis de conduire, passeport...)  
- Une copie d'un justificatif de votre qualité d'héritier (livret de famille, attestation de filiation, copie intégrale de l'acte de naissance, acte de notoriété, certificat d'hérédité délivré par la mairie, certificat de concubinage ou de vie commune...)

⇒ **Titulaire de l'autorité parentale d'un patient mineur** **Père**  **Mère**   
**Vivants ensemble**  **Séparés**

*Pièce(s) à fournir :* - Une copie de votre pièce d'identité (carte d'identité, permis de conduire, passeport...)  
- Une copie de livret de famille  
- L'ordonnance du juge aux affaires familiales, en cas de divorce ou de séparation

⇒ **Tuteur**  **Curateur**  **Mandataire judiciaire spécial**

*Pièce(s) à fournir :* - Une copie de votre pièce d'identité (carte d'identité, permis de conduire, passeport...)  
- L'ordonnance du juge des tutelles  
- Si vous êtes tuteur aux biens : l'accord du majeur protégé autorisant le tuteur au bien à accéder au dossier médical ou le mandat exprès du tuteur à la personne autorisant le tuteur au bien à accéder au dossier médical du majeur protégé.

**Demande la communication :**

**De mon dossier**

**Du dossier de (nom, prénom et date de naissance du patient).....**  
.....

**Relatif à une (des) consultation(s) ou hospitalisation(s) :**

En date du.....

Dans le(s) service(s) de soin suivant(s) :

Nom du (des) médecin(s) hospitalier(s) :

**Souhaite consulter :**

- Les comptes rendus d'hospitalisation, de consultation et opératoire  
 Les examens d'imagerie (radio, IRM, scanner,...)  
 Les examens complémentaires (prélèvements, ...)  
 Les prescriptions établies  
 Le suivi en consultation  
 Autres pièces, (*précisez lesquelles*) : .....

**Motif de la demande : pour que le Médecin puisse cibler les pièces à fournir**

**Pour une personne décédée, le motif doit être obligatoirement précisé en complétant les cases ci-dessous.**  
 Seules les informations permettant de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir un droit, peuvent être communiquées à ses ayants droits, à moins que le patient ne s'y soit opposé de son vivant (Article L 1110-4 du Code de la santé publique)

- connaître les causes du décès  
 défendre la mémoire du défunt (*précisez*).....  
 faire valoir en droit (*précisez*).....  
 .....

**Selon les modalités suivantes :**

- En consultant les documents sur place au Centre Hospitalier de Niort  
 (*Le service vous contactera pour organiser un rendez-vous*)  
 Je souhaite être assisté d'un médecin lors de cette consultation : oui  non

- En retirant des copies sur place au Centre Hospitalier de Niort  
 (*Le service vous contactera lorsque les copies seront effectuées*)

En cas d'impossibilité de me déplacer, j'autorise :

M.  Mme  (nom, prénom).....  
 né(e) le ..... à récupérer le dossier à ma place  
 (*La personne mandatée devra apporter sa pièce d'identité et celle du patient*).

- En recevant les copies de ces documents à l'adresse mentionnée ci-dessus  
 (*Envoi en recommandé avec accusé de réception*)

- En adressant des copies de ces documents au Docteur, (*Envoi en recommandé avec accusé de réception*) (*Précisez le nom, prénom et adresse*)  
 .....  
 .....

J'ai bien noté que les frais de reproduction et le cas échéant, l'envoi postal par lettre recommandée des documents sollicités sont à ma charge, d'après le barème suivant :

Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception	Tarif de la Poste
Prix unitaire de la photocopie	0.20 €
Prix unitaire du CD Radios	2.76 €

(*Un titre de recette vous sera adressé après réception des documents*)

Fait le .....à.....  
 Signature manuscrite du demandeur :

*Le Centre Hospitalier souhaite attirer votre attention sur la nature **strictement personnelle et confidentielle** des informations qui vous seront transmises et par conséquent du risque d'un usage non maîtrisé de ces informations par des tiers exclus du droit d'accès.*