

## DEMANDE DE COPIE DE DOSSIER MEDICAL

En application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la santé publique,

Je Soussigné(e), Madame, Mademoiselle, Monsieur<sup>1</sup>,

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom(s) .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Téléphone .....

**Agissant en qualité de :**

Patient (annexe 1)

Représentant légal de<sup>2</sup> : (annexe 2)

Nom .....

Prénom(s) .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Ayant droit de<sup>3</sup> : (annexe 3)

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom(s) .....

Adresse .....

Date de naissance ..... Date du décès .....

Motif de la demande :

Connaître les causes de la mort,

Défendre la mémoire du défunt,

Faire valoir ses droits \*

\* Précisez :

Un certificat médical peut toujours être délivré dès lors qu'il ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical.

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile

<sup>2</sup> Mineur, majeur sous tutelle

<sup>3</sup> Personne qui se substitue à une autre pour l'exercice d'un droit qu'elle tient de cette dernière (exemple : un héritier est l'ayant droit du défunt)

## Annexe 1

### **Demande de votre dossier médical**

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner à la Direction du Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue.

M., Mme, Mlle .....

Demeurant.....

..... Téléphone .....

#### ***Pièces souhaitées***

***Intégralité de mon dossier médical***

- Dossier papier avec le dossier radiographique
- Dossier papier sans le dossier radiographique

***Si vous ne souhaitez pas obtenir l'intégralité de votre dossier médical, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :***

- Compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, ou opératoire
- Dossier infirmier
- Résultats d'examens, précisez lesquels : .....
- Dossier radiologique
- Autres pièces, précisez lesquelles : .....

#### ***Périodes et services***

**(un dossier médical est constitué dans chaque service)**

Dates (du ..... au .....)	Services d'hospitalisation ou de consultation	Nom du Médecin (facultatif)

#### ***Mode de communication***

- Envoi des copies à votre domicile
- Remise des copies
- Consultation du dossier sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé)

#### ***Pièces à fournir avec la demande***

- Copie d'une pièce d'identité recto/verso

A ....., le .....

(Signature)

## Annexe 2

# Demande du dossier médical d'un tiers Mineur ou personne sous tutelle

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un mineur dont vous avez l'autorité parentale ou d'une personne placée sous votre tutelle, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner à la Direction du Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue.

M., Mme, Mlle .....

Demeurant.....

..... Téléphone .....

### Identité du patient :

M., Mme, Mlle .....

Préciser votre lien avec le patient : .....

### *Pièces souhaitées*

*Intégralité du dossier médical*

- Dossier papier avec le dossier radiographique
- Dossier papier sans le dossier radiographique

*Si vous ne souhaitez pas obtenir l'intégralité du dossier médical, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :*

- Compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, ou opératoire
- Dossier infirmier
- Résultats d'examens, précisez lesquels : .....
- Dossier radiologique
- Autres pièces, précisez lesquelles : .....

### *Périodes et services*

(un dossier médical est constitué dans chaque service)

Dates (du ..... au .....)	Services d'hospitalisation ou de consultation	Nom du Médecin (facultatif)

### *Mode de communication*

- Envoi des copies à votre domicile
- Remise des copies
- Consultation du dossier sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé)

### *Pièces à fournir avec la demande*

- Copie d'une pièce d'identité recto/verso
- Copie du livret de famille et/ou copie d'acte de naissance
- Copie de l'ordonnance du Juge des Tutelles (pour les personnes placées sous tutelle)

A ....., le .....  
(Signature)

## Annexe 3

# Demande du dossier médical d'une personne décédée

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un défunt. Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner à la Direction du Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue.

M., Mme, Mlle .....

Demeurant.....

..... Téléphone .....

**Identité du patient décédé :**

M., Mme, Mlle .....

Préciser votre qualité d'ayant droit : .....

### *Pièces souhaitées*

Intégralité du dossier médical

- Dossier papier avec le dossier radiographique
- Dossier papier sans le dossier radiographique

Si vous ne souhaitez pas obtenir l'intégralité du dossier médical, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :

- Compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, ou opératoire
- Dossier infirmier
- Résultats d'examens, précisez lesquels : .....
- Dossier radiologique
- Autres pièces, précisez lesquelles : .....

### *Périodes et services*

(un dossier médical est constitué dans chaque service)

Dates (du ..... au .....)	Services d'hospitalisation ou de consultation	Nom du Médecin (facultatif)

### *Mode de communication*

- Envoi des copies à votre domicile
- Remise des copies
- Consultation du dossier sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé)

### *Pièces à fournir avec la demande*

- Copie d'une pièce d'identité recto/verso
- Pièce justifiant de votre qualité d'ayant droit (copie d'acte de naissance et/ou copie d'acte de notoriété)
- Courrier de motivation

A ....., le .....  
(Signature)

Pour votre information

## FACTURATION DES COPIES DE DOSSIERS MEDICAUX

Tarifs applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2021

Article L. 1111-7 du Code de la santé publique : « La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu' en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l' envoi des documents ».

Copie d'une feuille de format A4 ou équivalent en impression noir et blanc (une feuille de format A3 correspond à 2 feuilles de format A4)	0,20 €
Copie d'une radiographie	- grand format 3,50 € - petit format 2,00 € - CD ROM 2,80 €
Frais d'expédition	Tarif en vigueur appliqué par La Poste pour les courriers envoyés en recommandé R2 avec avis de réception

Une facture du montant de la somme due vous sera remise (ou envoyée) lors de la réception des copies.