

## Demande de communication de dossier patient mineur

La communication directe du dossier médical d'un enfant aux titulaires de l'autorité parentale est possible depuis la loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients et son décret d'application du 29 avril 2002, à condition que le mineur y consente s'il est âgé de 13 ans et plus.

### PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

|  |
|--|
| <p><b>Représentant légal (parent d'un enfant mineur) SAUF OPPOSITION DU MINEUR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Copies RECTO-VERSO de la pièce d'identité du demandeur</li> <li>➤ Copie du livret de famille ou de l'acte de naissance</li> <li>➤ Consentement écrit du mineur si âgé de plus de 13 ans + <b>signature au bas du formulaire</b></li> </ul> |
| <p><b>Tuteur à la personne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Copies RECTO-VERSO de la pièce d'identité du patient</li> <li>➤ Copie de la pièce d'identité du mandataire judiciaire</li> <li>➤ Copie du jugement de tutelle</li> </ul>   |

#### IDENTITE DU PERE :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

#### IDENTITE DE LA MERE :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

#### IDENTITE DE VOTRE ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse de destination du dossier : \_\_\_\_\_

#### LE DOSSIER : Vous souhaitez :

- L'ensemble du dossier
- Les documents concernant une consultation ou une hospitalisation

Dans le service de : \_\_\_\_\_

En (date ou période) : \_\_\_\_\_

- Obtenir une copie du dossier (gratuit pour la première demande) adressée à votre domicile en recommandé avec AR (Montant minimum forfaitaire facturé pour le recommandé/AR de 9,50€ à raison des frais d'envoi au tarif postal en vigueur)
- Obtenir une copie du dossier en venant le chercher à l'hôpital sur le site du CHS de FAINS-VEEL
- Venir consulter le dossier à l'hôpital et bénéficier des explications d'un médecin  du service concerné  
 du médecin du D.I.M.

Le coût élevé des radiographies et la mauvaise qualité des copies nous incitent à ne pas les dupliquer. Nous pouvons vous adresser les originaux qui, alors, ne seront plus dans le dossier à l'hôpital. Vous vous engagez, par votre signature en cochant la case ci-dessous, à comprendre que vous êtes l'unique détenteur de ces clichés et à les rapporter lors d'une éventuelle hospitalisation ou consultation future dans l'établissement.

COCHEZ CETTE CASE SI VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR LES ORIGINAUX DES RADIOGRAPHIES

DATE : 

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

Signature de la mère :

Signature du père :

**Signature du mineur** (âgé de 13 ans révolu attestant son consentement à la consultation de son dossier médical par les personnes identifiées ci-dessus) :