



FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER PATIENT

Rédigé par : M. GUINARD

Validé par : M. GUINARD

Approuvé par : M. GUINARD

Date de Diffusion / Application
01/08/2024Codification
USAG-FOR-5042Liaison (processus)
QGDRVersion
6Pagination
1/2

→ Identité du demandeur :

Qualité du demandeur :

- Patient Représentant légal
 Ayant droit Tuteur

Nom et prénom du demandeur :

.....

Adresse du demandeur :

.....

.....

.....

.....

→ Identité du patient : (si différent du demandeur)

Nom et prénom du patient :

.....

Nom de naissance (pour les personnes mariées) :

.....

Date de naissance :/...../.....

→ Service(s) concerné(s) par la demande :

Service	Nom du Médecin	Hospitalisation ou Consultation	Date (mois + année si date inconnue)

→ Document(s) souhaité(s) :

- Compte-rendu d'hospitalisation / consultation
 Compte-rendu opératoire
 Autres (précisez) :

- Compte-rendu d'imagerie médicale (scanner, IRM, radio, échographie, ...)
 Duplicatas cliché(s) d'imagerie médicale

→ Pièces justificatives à fournir

Patient	Ayant droit (<i>y compris concubin notoire</i>)
➤ Copie de la pièce d'identité	➤ Copie de la pièce d'identité du demandeur ➤ Copie de l'acte de décès ➤ Copie du livret de famille et/ou de l'acte de naissance avec filiation ➤ Copie de l'acte notorié en cas d'ascendant ou descendant indirect
Représentant légal (parent d'un enfant mineur) SAUF OPPOSITION DU MINEUR	➤ Copie de la pièce d'identité du demandeur ➤ Copie du livret de famille ou de l'acte de naissance
Tuteur à la personne	➤ Connaitre les causes du décès ➤ Défendre la mémoire du défunt ➤ Faire valoir vos droits

Précisez le motif :

- Connaitre les causes du décès
 Défendre la mémoire du défunt
 Faire valoir vos droits

Détaillez :

.....

La délivrance de photocopies, contretypes et l'envoi postal en recommandé sont à la charge du demandeur. Je m'engage à payer les frais de reproduction du dossier médical, conformément aux tarifs indiqués au verso (en bas de page).

Date : __ / __ / ____

Signature :

Tournez SVP ⇒

 <p>FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER PATIENT</p>	Rédigé par : M. GUINARD Validé par : M. GUINARD Approuvé par : M. GUINARD		
Date de Diffusion / Application 01/08/2024	Codification USAG-FOR-5042	Liaison (processus) QGDR	Version 6
		Pagination 2/2	

➔ Modalités d'envoi de la demande au Centre hospitalier de Verdun Saint-Mihiel :

Par courrier :

DIRECTION DES USAGERS CENTRE HOSPITALIER DE VERDUN-SAINTE-MIHEL
2 rue d'Anthouard – BP 713
55107 VERDUN Cedex
03.29.83.64.39

Par courriel :

servicedesusagers@ch-verdun.fr

➔ Modalités de transmission des éléments du dossier médical :

➤ Transmission au demandeur :

- Envoi postal** en recommandé avec accusé de réception
- Remise en mains propres** à la Direction des Usagers
- Consultation** sur place en présence d'un médecin

➤ Transmission à un mandataire :

Le patient peut autoriser l'établissement à transmettre les documents à une personne désignée ou à les remettre en mains propres à un tiers

- Envoi postal** en recommandé avec accusé de réception
- Remise en mains propres**

Je soussigné(e), M. Mme (Nom et Prénom)

Autorise le Centre Hospitalier Verdun- Saint Mihiel à transmettre à M. Mme (NOM et Prénom)

.....
Domicilié(e)

Les éléments du dossier médical que j'ai demandé auprès de la Direction des Usagers

Signature :

➔ Textes de référence :

Article L1111-7 du code de la santé publique

Patient : Article L1111-7

Ayant droit, concubin, PACS : Articles L1111-7, L1110-4, R1111-1 et 7 du Code de la Santé Publique

Tuteur et Curateur : Article L1111-7 modifié en 2016 du Code de la Santé Publique, Avis CADA n°20165439 du 12/01/2017

Représentant Légal : Article L-1111-7 et R1111-6 du Code de la Santé Publique

Opposition du mineur à l'accès de son dossier : Article L1111-7 et R1111-6 ; L1111-5 et R1111-6 du Code de la Santé Publique

Première demande de copie de votre dossier médical



Gratuit,
si vous venez
le retirer
sur place

Payant,
si vous demandez
un envoi par
courrier.

(en recommandé,
à vos frais, selon les
tarifs en vigueur)

Nouvelle demande de copie de votre dossier médical (si vous avez déjà obtenu une copie)



Payant

