



**DEMANDE DU DOSSIER MEDICAL  
PAR LE TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE OU LE TUTEUR**

**IDENTITE DU PATIENT MINEUR OU SOUS TUTELLE :**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lieu de naissance .....

**IDENTITE DU DEMANDEUR :**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Adresse e-mail : .....

***N.B :*** Le droit d'accès au dossier médical d'un patient mineur est réservé au titulaire de l'autorité parentale. Néanmoins, le mineur peut avoir demandé auprès de l'Etablissement à ce que l'accès à son dossier se fasse par l'intermédiaire d'un médecin. Il peut également s'être opposé par écrit à la transmission des informations de son dossier médical auprès de l'Etablissement.

**PIECES SOUHAITEES :**

Dates d'hospitalisation(s) et/ou de consultation(s) & service(s)/médecin(s) concerné(s) :

<b><u>DATES</u></b>	<b><u>SERVICE(S)</u></b>	<b><u>MEDECIN(S)</u></b>

**Vous souhaitez :**

- La copie d'une partie du dossier médical (*cochez les pièces souhaitées*) :
- Compte-rendu de consultation
  - Lettre de sortie ou Compte-rendu d'hospitalisation
  - Compte-rendu opératoire
  - Observations des urgences
  - Compte-rendu d'examen (ex : imagerie, anatomopathologie, ECG, endoscopie)
  - Imagerie (radiographies, scanners)
  - Autre pièce (*veuillez préciser*) : .....
- La copie de l'intégralité du dossier médical :
- Dossier médical et copie des radiographies et/ou scanners
  - Dossier médical sans copie des radiographies et/ou scanners (seuls les comptes-rendus des examens vous seront communiqués)



**DEMANDE DU DOSSIER MEDICAL**  
**PAR LE TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE OU LE TUTEUR**

**MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL :**

- Remise de copies en main propre **sur RDV uniquement** à la Cellule Juridique Usagers (C.J.U.)
- Envoi des copies en courrier recommandé avec accusé de réception
- Envoi des copies au médecin désigné par vos soins à vos frais pour suivi médical (nom & adresse) :  
-----
- Consultation du dossier médical sur place (**sur RDV uniquement**)
  - seul(e) en présence du Responsable de la C.J.U.
  - accompagné(e) d'une tierce personne: -----
  - accompagné(e) d'un médecin : -----

**PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE :**

- Une copie recto verso de votre carte d'identité valide, du passeport ou du permis de conduire

pour le titulaire de l'autorité parentale :

- Une copie du livret de famille et/ou du jugement de divorce

pour le tuteur :

- Une copie de l'ordonnance du Juge des Tutelles



**DEMANDE DU DOSSIER MEDICAL  
PAR LE TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE OU LE TUTEUR**

## **NOTE D'INFORMATION**

### **DELAI DE COMMUNICATION DU DOSSIER :**

Le délai de communication de votre dossier est de 8 jours à compter de la réception de votre demande accompagnée de toutes les pièces justificatives par la Cellule Juridique Usagers. Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales remontent à plus de 5 ans. Un délai de 48 heures doit être respecté pour toute demande. La copie de votre dossier ne pourra pas vous être délivrée avant l'expiration de ce délai.

### **FACTURATION :**

Conformément à la réglementation en vigueur, le Centre Hospitalier MONOD vous informe que seule la consultation du dossier sur place est gratuite. Les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur selon le tableau ci-dessous :

Frais de reproduction :

DOCUMENT	COÛT A L'UNITE
Photocopie A4	0.20 €
Copie d'une radiographie sur livret	1.52 €
Copie d'une radiographie/examen sur Cédérom	3.35 €

Frais d'expédition :

Les frais d'expédition sont conformes au tarif en vigueur appliqué par la Poste pour les Lettres Recommandées avec Accusé de Réception (LRAR). Le courrier sera envoyé à compter de la réception de votre règlement.

### **COMMUNICATION DU DOSSIER :**

Le Centre Hospitalier MONOD tient à rappeler que les informations contenues dans le dossier médical dont vous faites la demande sont strictement personnelles et confidentielles. Le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur demandeur doit lui-même remplir et signer ce formulaire.

Si vous êtes dans l'impossibilité de vous déplacer à la Cellule Juridique Usagers, vous pouvez autoriser un tiers à venir retirer la copie du dossier médical à condition de rédiger un mandat exprès à cet effet et de fournir une copie de votre pièce d'identité ainsi que celle du mandataire.

**Pour toute information utile ou complémentaire, merci de vous adresser à : Cellule Juridique Usagers, Centre Hospitalier MONOD, Rue Eugène Garnier, 61104 FLERS Cedex ou au 02.33.62.60.94. ou à l'adresse e-mail à [cju@ch-flers.fr](mailto:cju@ch-flers.fr).**

Je soussigné(e), avoir pris connaissance des modalités d'accès au dossier médical par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. J'accepte de prendre à ma charge les frais de reproduction et le cas échéant, les frais d'envoi en recommandé.

**Fait à :** ----- **Le** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Signature du demandeur :** -----

Formulaire à retourner dûment complété et signé à :

**Cellule Juridique Usagers  
Centre Hospitalier MONOD  
Rue Eugène Garnier  
61104 FLERS Cedex**