

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL

Imprimé à retourner *rempli et signé* au

**CENTRE HOSPITALIER DE CLERMONT – Secrétariat de Direction**  
**Rue Frédéric Raboisson – 60600 CLERMONT**  
ou par mail : [secretariat.direction@ch-clermont.fr](mailto:secretariat.direction@ch-clermont.fr)

Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir prendre connaissance de notre procédure et de nous faire parvenir les éléments répertoriés au sein de ce document.

### PROCÉDURE

Dès réception de ce formulaire complété, nous informons le service médical concerné. Dans un délai de 48 heures, un accusé de réception vous est adressé.

Un praticien hospitalier se chargera d'extraire les documents que vous souhaitez.

Le nombre de documents à photocopier, sur votre demande, est signalé au secrétariat de direction qui effectue votre facture.

A retour de votre règlement, par chèque à l'ordre du Trésor Public, le secrétariat de Direction vous enverra votre dossier médical sous pli fermé et cacheté « Confidentiel ».

### FACTURATION

**La communication de la première copie du dossier médical est gratuite.**

**Cependant, la deuxième communication de la copie du dossier médical est payante et reste à votre charge conformément aux tarifs ci-dessous :**

- 0,18 € la photocopie (format A4)
- 0,36 € la photocopie (format A3)
- 2,30 € la planche d'imagerie
- 2,75 € CD / DVD d'imagerie
- 5,00 € contretypage de radiologie (petit format)
- 8,00 € contretypage de radiologie (grand format)
- Les frais d'envoi postaux sont au tarif minimum de 5,50 € (facturation minimum)

### Identité et coordonnées du patient :

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....  
Prénom .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Numéro de téléphone : .....  
E-mail : .....

### Identité du demandeur (si différente du patient)

#### Qualité du demandeur :

- Patient                       Titulaire de l'autorité parentale                       Tuteur d'un majeur  
 Ayant-droit d'un patient décédé

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....  
Prénom .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Numéro de téléphone : .....  
E-mail : .....

#### Si vous êtes ayant droit d'un patient décédé, merci de préciser le motif de la demande :

- Connaître les causes du décès  
 Défendre la mémoire du défunt : précisez : .....  
 Faire valoir vos droits : précisez : .....

*Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 3 janvier 2007), seuls les éléments permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus vous seront transmis, et à condition que le patient ne s'y soit pas opposé de son vivant.*

### Période(s) d'hospitalisation(s) ou de consultation(s)

Dates	Services

### Éléments du dossier médical souhaités

- Intégralité du dossier :**  
 Dossier papier **avec** le dossier radiologique  
 Dossier papier **sans** le dossier radiologique

Si vous ne souhaitez pas obtenir l'intégralité de votre dossier médical, merci de cocher ci-dessous les éléments souhaités :

- Compte(s) rendu(s) :
  - d'hospitalisation       de consultation       opératoire
- Imagerie (radio, scanner, IRM, échographie)
- Résultats biologiques
- Dossier d'anesthésie
- Dossier infirmier

Autres documents : précisez .....

.....

.....

### Motif de la demande

- Suivi médical       Assurance       Déménagement       Raisons personnelles
- Autre : précisez : .....

### Modalité de communication

- Envoi à mon domicile par lettre recommandée avec accusé de réception (frais d'envoi à votre charge)
- Remise en mains propres (dossier à récupérer au secrétariat de direction) :
  - A moi-même
  - A une personne mandatée par mes soins (**la personne désignée devra disposer d'une procuration manuscrite et présenter une pièce d'identité**).Nom et prénom de la personne mandatée : .....
- Consultation sur place
- Envoi par messagerie sécurisée BlueFiles (**les clichés d'imagerie ne peuvent pas être mis à disposition via cette messagerie sécurisée**).
- Envoi au médecin de mon choix
  - Nom du médecin : .....
  - Adresse : .....

### Signature du demandeur

A : ..... Le : .....

Signature

## DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

<b>Pour les patients</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité</li></ul>
<b>Titulaire de l'autorité parentale d'un enfant mineur</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Photocopie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur</li><li>▪ Photocopie du livret de famille</li><li>▪ En cas de séparation ou de séparation de corps : ordonnance, jugement ou arrêt rendu attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale</li></ul>
<b>Tuteur d'un majeur</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Photocopie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur</li><li>▪ Photocopie recto-verso de la pièce d'identité du patient</li><li>▪ Photocopie du jugement de tutelle</li></ul>
<b>Ayant droit d'un patient décédé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Photocopie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur</li><li>▪ Photocopie du livret de famille ou acte notarié</li><li>▪ Certificat de concubinage ou de bail commun ou de convention PACS</li><li>▪ Acte de décès</li></ul>