

CHUN	POLE PARCOURS PATIENT Direction des Relations avec les Usagers	CIMIEZ		Page 1 sur 4
	PROCEDURE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL	MAN/DAJ/PROC/SEPTEMBRE/2015		
		Création	MàJ	Vérification
		11.01.2005	2005/2008/2014/2015	Septembre 2015
Communication	Elaboration : P. CHICHE	Approbation	Diffusion 2015	Application

Je soussigné(e), NOMPrénom.....
 Nom de jeune fille
 Né(e) leà
 Domicilié(e) à

 Tél :
 Mail :

1. Demande communication de la copie de mon propre dossier médical

Je joins le justificatif d'identité suivant :

- Copie de ma carte d'identité.....
- Copie de mon permis de conduire.....
- Copie de mon livret de famille.....
- Autre, à préciser.....

2. Demande communication du dossier médical de :

NOMPrénom.....
 Nom de jeune fille
 Né(e) leà

J'ai la qualité suivante :

- **Titulaire de l'autorité parentale**..... Père Mère
 - fournir une copie du livret de famille
 - en cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales
- **Déléataire de l'autorité parentale**.....
 - fournir la décision du juge aux affaires familiales
- **Tuteur**.....
 - fournir l'ordonnance du juge des tutelles
- **Mandataire**.....
 - Fournir un mandat exprès écrit du patient en précisant la raison
 - Fournir les justificatifs d'identité suivants :
 - . copie de la carte d'identité recto-verso du patient,
 - . copie de la carte d'identité recto-verso du mandataire

▪ **Ayant droit**

La notion d'ayant droit emploie englobe tous les successeurs légaux de la personne décédée (arrêté du 3 janvier 2007, JO du 16 janvier 2007).

- Conjoint Frère-Sœur Père-Mère
 Enfant Autre parent Autre

- fournir le justificatif de cette qualité (livret de famille, acte notarié, attestation notariale, certificat d'hérédité, contrat particulier)

- motif de la demande pour les ayants droit, en application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique :

- *Connaître les causes de la mort*.....
- *Défendre la mémoire du défunt*.....
- *Droits à faire valoir :*
 - . *droit à pension*.....
 - . *droit à assurance*.....
 - . *réparation d'un préjudice*.....
 - . *autre, à préciser*.....
-
- *J'explique ma demande comme suit*.....
-
-

3. Voici les références du/des séjours et des services sur lesquels portent les pièces demandées :

- **Je souhaite avoir les pièces de mon dossier médical correspondant aux séjours suivants :**
 - établissement(s) : Archet Cimiez Pasteur St-Roch Tende
 - service(s).....
 -
 - Période(s) d'hospitalisation (préciser la ou le périodes).....
 -

- **Je souhaite avoir la totalité de la copie de mon dossier médical détenu par le CHU de Nice**.....

4. Voici la nature des pièces demandées :

- les comptes rendus.....
- les pièces jugées les plus significatives par les médecins du service.....
(comptes rendus, clichés de radiologie...)
- autres, à préciser.....

5. Modalités souhaitées pour la communication des informations médicales

5.1. Je demande à venir consulter sur place le dossier médical :

- je serai seul accompagné d'une tierce personne ou d'un médecin
- je prends acte du fait que je bénéficierai de l'accompagnement d'un médecin de l'établissement pour prendre connaissance des informations médicales, que je pourrai me faire remettre copie des documents médicaux que je mentionnerai.....

5.2. Afin de fixer un rendez-vous pour la consultation du dossier médical, je souhaite être contacté à l'adresse suivante :

.....
.....

Téléphone :

Email :

5.3. Je demande que la copie du dossier médical soit adressée à :

- moi-même, à l'adresse suivante.....
.....
.....
- un médecin, à l'adresse suivante.....
.....

5.4. Je viendrai retirer moi-même le dossier.....

6. Attestation

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle.....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- et accepte de prendre en charge les frais de reproduction et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé (ou chronopost ou colissimo) des documents médicaux que je pourrai demander.

7. Tarif unitaire des copies des documents médicaux :

Pages de format A4 en impression noir et blanc :	0,18 €
Pages de format A4 en impression couleur :	0,40 €
Contretype radio de dimension 20/25 :	1,70 €
Contretype radio de dimension 26/36 :	2,00 €
Contretype radio de dimension 36/43 :	3,50 €
Disquette informatique :	1,83 €
Cédérom :	2,75 €
Frais d'envoi postal (<i>lettre ou colis recommandé</i> , € <i>avec accusé de réception,ou chronopost ou colissimo</i>)	

EXEMPLE

A titre d'exemple, le coût moyen d'un dossier médical complet comporte :

- | | |
|---|--------------------|
| - 50 documents papier A4 à 0,18 € | soit 9 € |
| - 5 radiographies (dimension 36/43) à 3,5 € | soit 17,5 € |
| - envoi postal (LRAR) à 8,61 € | soit 8,61 € |

soit un total de **42,13 € (ttc)**

J'ai bien noté que la copie du dossier médical me sera remise ou adressée par le CHU de Nice à réception du paiement dont le montant m'aura été communiqué.

Signature du demandeur