

IDENTITE DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : patient tuteur représentant légal

Civilité : Madame Monsieur

Nom de naissance : Nom d'époux :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel fixe : Tel. portable : Mail :

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité : Madame Monsieur

Nom de naissance : Nom d'époux :

Prénom : Date de naissance :

JUSTIFICATIF A JOINDRE A LA DEMANDE

Patient : copie recto-verso de la pièce d'identité

Représentant d'un mineur ⁽¹⁾ : copie recto-verso de la pièce d'identité du parent et ⁽²⁾ copie du livret de famille (partie parents et enfant) ou justificatif attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale (extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois, jugement de divorce).

Représentants légaux d'un patient sous tutelle : ⁽¹⁾ copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient, et ⁽²⁾ copie du jugement de tutelle.

| SERVICES d'hospitalisation ou de consultation, <i>précisez</i> | PERIODE (de l'hospitalisation, de consultation), <i>précisez</i> | |
|---|---|--------|
| | Du / / | Au / / |
| | Du / / | Au / / |
| Autres : | | |

DOCUMENTS DEMANDES

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu de consultation
- Compte-rendu opératoire

- Dossier d'anesthésie
- Dossier de soins paramédical
- Evolutions médicales au cours du séjour

- Imagerie médicale (Scanner, IRM, Radiologie)
- Compte-rendu des examens biologiques

Autre (précisez) :

MODALITES DE COMMUNICATION

Délai ⁽²⁾ : les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de deux mois, à compter de la réception de la demande complète.

Tarif :

Il s'agit de ma première demande de production de ce dossier : **pas de frais (des vérifications pourront être réalisées et engendrées une facturation ultérieure)**

Ce dossier m'a déjà été produit : **10 € par chèque bancaire à l'ordre du Trésor Public. Montant correspondant aux frais de photocopies du dossier et à l'envoi postal**

Vous souhaitez :

- Un envoi postal en recommandé avec avis de réception
- Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone
- Consulter le dossier médical sur place en présence d'un médecin (convenir d'un rendez-vous)
- Un envoi postal en recommandé avec avis de réception à un médecin de votre choix

Précisez ses coordonnées :

Renvoyer le formulaire accompagné des documents à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

Direction Qualité, Gestion des Risques et Relations Usagers

Demande de dossier médical

40, avenue de Verdun - 94000 Créteil

Téléphone : 01.57.02.23.20 – courriel : usagers@chicreteil.fr

Je soussigné(e), M..... reconnais avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.

Date

Signature

(1) *Articles L.1110-4 et 1111-7 du code de la santé publique, décision CE n° 270234*

(2) *Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R.1112-7 du code de la santé publique)*