



# DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL PATIENT MINEUR

Votre demande doit être formulée au moyen de cet imprimé dûment **complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées**. Elle peut être adressée par courrier postal ou par mail :

**CENTRE HOSPITALIER DE ROANNE**  
Relations avec les usagers  
28 rue de Charlieu  
42300 ROANNE  
[relationsusagers@ch-roanne.fr](mailto:relationsusagers@ch-roanne.fr)

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter le **04 77 44 36 95**.

## IDENTITÉ DU PARENT DEMANDEUR :

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Adresse postale : .....  
.....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Mail : .....  
**Lien de parenté :** .....

## IDENTITÉ DU PATIENT MINEUR :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....

## DEMANDE LA COMMUNICATION DES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

### DOSSIER MÉDICAL

Date(s)	Services d'hospitalisation :	Compte rendu d'hospitalisation	Compte rendu de consultation	Compte rendu opératoire

Autres résultats d'examens (merci de préciser votre demande): .....

## DOSSIER IMAGERIE (IRM, Scanner, Radiologie, échographie) :

**DATES A PRECISER :**

Compte rendu papier (sans image)

Clichés sur CD ROM

### MODALITÉ DE COMMUNICATION DES ÉLÉMENTS (1 SEUL CHOIX POSSIBLE):

- Remise en main propre** uniquement sur rendez-vous au service des relations avec les usagers qui me contactera dès que les éléments seront disponibles. Une personne de mon choix peut venir le récupérer à ma place avec une procuration signée.
- Envoi postal à mon domicile** en lettre recommandée avec accusé de réception
- Envoi par mail** via un lien sécurisé avec ouverture par mot de passe (hors CD-imagerie)
- Envoi à un médecin** que je désigne, par
- Messagerie sécurisée (sous réserve de l'utilisation par le médecin désigné)
  - Lettre recommandée avec accusé de réception (coût de l'envoi à mes frais)
- Docteur : .....
- Adresse : .....
- .....
- Consultation du dossier sur place**, accompagné(e) d'un médecin sur rendez-vous. Le service des relations avec les usagers me contactera dès que les éléments seront disponibles.

### COÛTS DE REPRODUCTION ET D'ENVOI

**La facturation s'effectue à partir de la 2<sup>ème</sup> demande de dossier médical ou plus :**

- Copies : 0,20 € la page
- Examens d'imagerie (selon volume d'imagerie) : CD-ROM : 2,80 € l'unité ou DVD : 3,10 € l'unité
- Lettre recommandée avec accusé de réception : coût selon tarif en vigueur

### JUSTIFICATIFS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

- Photocopie du livret de famille (toutes les pages jusqu'à l'enfant concerné)
- Photocopie de la carte d'identité du mineur (facultatif)

**Si la demande émane des deux parents :**

- Photocopie recto/verso de la carte d'identité des deux parents (carte d'identité, passeport, carte de séjour)

**En cas de séparation des parents :**

- Justificatif de l'autorité parentale
- Photocopie recto/verso de la carte d'identité du parent demandeur (carte d'identité, passeport, carte de séjour)

Fait à :

Le :

Signature des deux parents ou du parent détenant l'autorité parentale :

**Délai réglementaire à compter de la date d'accusé réception :**

- 8 jours pour un dossier de moins de 5 ans
- 2 mois pour un dossier de plus de 5 ans