

DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL EN QUALITÉ DE TUTEUR

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

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

IDENTITÉ DU DEMANDEUR (TUTEUR) :

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

IDENTITÉ DU PATIENT (LE MAJEUR PROTÉGÉ) :

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^{ème} 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 recto/verso de la carte d'identité du demandeur (carte d'identité, passeport, carte de séjour)
- ☐ Photocopie de l'ordre de jugement de mise sous tutelle ou curatelle ou habilitation familiale complet
- ☐ Photocopie de la carte d'identité du patient

Fait à :

Le :

Signature du tuteur :

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