

**Formulaire complété et pièces  
justificatives à adresser à:**

Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier de Guéret  
39, Avenue de la sénatorerie - BP 159  
23000 GUÉRET

Nom/Prénom du patient:  
Nom de naissance et date de naissance du patient :  
Nom/Prénom du demandeur :  
Adresse du demandeur  
N° de téléphone :

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

**VOUS ÊTES**

- Le patient     Le représentant légal (*parents ou tuteur*)     L'ayant droit (*lien de parenté*)     Le mandataire

**1. Pièces justificatives**

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant la santé de la personne prise en charge au CH de Guéret, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir les documents correspondant à votre qualité de demandeur

- copie recto-verso d'une pièce d'identité pour tout type de demande  
 copie d'un document attestant l'exercice de l'autorité parentale (*livret de famille, jugement ou arrêt rendu*)  
 copie d'un document attestant l'exercice de la tutelle (*jugement ou arrêt rendu*)  
 copie d'un document attestant de votre qualité d'ayant droit (*livret de famille, certificat d'hérédité ou acte notarié*)  
 mandat exprès

**2. Nature de la demande**

Afin de répondre au mieux à vos besoins et de limiter des frais de copie, nous vous demandons de nous préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès et si vous le souhaitez le motif.

Veuillez préciser le séjour concerné .....

<b>Date d'entrée:</b>	<b>Date de sortie:</b>	<b>Service(s) concerné(s)</b>
<b>Pièces du dossier souhaitées:</b>		
<input type="checkbox"/> Compte rendu	<input type="checkbox"/> d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> opératoire
<input type="checkbox"/> Examens d'imagerie	<input type="checkbox"/> radios	<input type="checkbox"/> scanners
<input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie	<input type="checkbox"/> IRM	<input type="checkbox"/> Lettre de sortie
		<input type="checkbox"/> Examens biologiques
		<input type="checkbox"/> Dossier de soins infirmiers

Autres, précisez: .....

Si vous êtes ayant-droit, l'article L,1110-4 du CSP établit 3 motifs conditionnant l'accès au dossier médical:

- Connaître les causes du décès     Défendre la mémoire du défunt\*     Faire valoir vos droits\*

\* Précisez, .....

**3. Modalités de consultation**

- je demande l'envoi postal (LRAR) à mon domicile d'une copie des éléments issus du dossier médical    **OU**  
 je demande l'envoi postal (LRAR) d'une copie des éléments issus du dossier médical au médecin de mon choix (*Nom, prénom, coordonnées*) .....

 (frais de photocopies et d'envoi à la charge du demandeur)    **OU**

- je choisis la consultation sur place     je souhaite récupérer mes copies auprès du secrétariat du service

Date de la demande: ..... Signature du demandeur:

**4. Traitement de la demande**

**CADRE RESERVE A LA DIRECTION** Demande adressée au service de ..... Le  
Date d'arrivé de la demande complète: ..... Visa du directeur

**CADRE RESERVE AU SERVICE DE SOINS**  
Date de la réponse, ..... Signature du médecin, .....  
Suite donnée:  accord     refus du patient     refus : demande hors délai de conservation  
Praticien présent pour la consultation: Nom/Prénom, .....  
Nombre de copies:     Nombre de copies CD imagerie :     Nombre de contre type:   
Dossier remis en mains propre au demandeur après vérification de son identité le ..... par .....

**CADRE RESERVE A LA FACTURATION**  
Somme à facturer: