Dossier n°
Tampon et date de la demande :

DEMANDE DU DOSSIER MEDICAL D'UN TIERS (mineur ou personne sous tutelle)

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un mineur ou d'une personne sous tutelle. Afin de préciser votre demande, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner, accompagné des pièces demandées*, à la Direction Qualité - Droits des Usagers du C.H.U de Caen.

L'identité du patient mineur ou sous tutelle :
M., Mme ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
né(e) le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Votre identité :
M., Mme ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Adresse ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Code postal ☐☐☐☐☐ Ville ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Pays ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Numéro de téléphone ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Adresse mail ……………………………………………………..@...

Votre lien avec le patient : ....

Motif de la demande (facultatif) : ....
....

Tarif par unité :
Format A4 : 0.19 € / CD imagerie : 5 €

Pièces souhaitées :

- ☐ ***Intégralité du dossier médical*** *(précisez la période d'hospitalisation)*
- ☐ ***Une partie du dossier médical :***
  - ☐ ***Comptes-rendus d'hospitalisation,***
  - ☐ ***Comptes-rendus de consultation,***
  - ☐ ***Comptes-rendus opératoires,***
  - ☐ ***Résultats d'examens :***
    - ☐ *examens sanguins*
    - ☐ *Autre, précisez*…………………………………………………………………….................
  - ***Dossier radiologique sur support CD***
  - ***Autres pièces, précisez :*** ....

Périodes et services d'hospitalisation ou de consultation:

DATES (années)	**SERVICES**

Mode de communication :

- ☐ Envoi des copies à votre domicile en recommandé avec AR et à vos frais.
- ☐ Envoi des copies à un médecin de votre choix, en recommandé avec AR à vos frais : (précisez Nom et adresse) :

....

** Pièces à joindre impérativement à votre demande :*
- *Une copie de votre carte d'identité (recto-verso), permis de conduire ou passeport, en cours de validité*
- *Une copie du livret de famille et/ou de l'intégralité de l'extrait d'acte de naissance*
- *Une copie de l'ordonnance du Juge des tutelles (pour les personnes sous tutelle)*

Fait à…………………………………………………., le ………………………….

SIGNATURE

RESERVE AU CHU DE CAEN

Service :
Trié le :

Nom et signature du médecin

Cellule de reproduction des dossiers médicaux, Direction Qualité, Droits des Usagers et Communication, C.H.U de Caen Normandie,
Tel : 02 31 06 48 35 ou 02 31 06 30 04 / email : crdp@chu-caen.fr

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.