

Dossier N°

Tampon et date de la demande :

**Identité du demandeur**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : .....

**Qualité du demandeur**

Patient       Représentant légal de (nom et prénom) : .....  
Date de naissance du patient : .....

Ayant droit de (nom et prénom) : .....  
Date de naissance : ..... Date de décès : .....

**Documents justificatifs à fournir**

Patient	⇒ copie de votre carte d'identité
Représentant légal	⇒ copie de votre carte d'identité ⇒ copie du livret de famille ⇒ en cas de divorce, le document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale ⇒ copie du jugement de tutelle
Ayant droit	⇒ copie de votre carte d'identité ⇒ copie du livret de famille ⇒ copie de l'acte de décès ⇒ copie du certificat d'hérédité

**Motif de la demande**

Information       Changement de domicile       Expertise (date) .....

Autre : .....

**Attention ! Les ayants droits doivent impérativement motiver leur demande et en indiquer le motif :**

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Bénéficier d'un droit

**Dates et services d'hospitalisation et / ou de consultation**

Dates	services concernés

**Nature de la demande**

Il ne vous est parfois pas forcément nécessaire d'accéder à l'ensemble des informations contenues dans le dossier médical. Afin de répondre au mieux à vos besoins et de limiter d'éventuels frais de copies, nous vous demandons de nous préciser les informations auxquelles vous souhaitez accéder.

- Dossier médical complet :
  - Dossier papier avec le dossier radiologique
  - Dossier papier sans le dossier radiologique
  
- Pièces particulières du dossier :
  - Lettre de sortie ou compte rendu d'hospitalisation,
  - Compte rendu de consultation
  - Compte rendu opératoire
  - Dossier infirmier
  - Dossier radiologique / scanner
  - Compte rendu d'examen d'imagerie
  - Résultats d'examens biologiques
  - Autres (à préciser) :

**Modalités de communication**

- Envoi de copies à votre domicile
- Envoi de copies à un médecin de votre choix :

Nom et adresse : .....

- Consultation sur place

Un accompagnement médical peut-être souhaitable pour vous aider à mieux comprendre les informations. Dans ce cas, souhaitez-vous un rendez-vous avec un médecin de l'établissement ?  Oui  Non

**Facturation des copies de dossiers médicaux**

Format A4 : 0.18 € la feuille

CD imagerie : 2.75 € le CD

**Frais d'expédition** : Tarifs en vigueur appliqués par la poste pour les courriers envoyés en recommandé R1 avec accusé de réception.

**Une facture vous sera adressée par le trésor public du CHU après réception du dossier médical**

**Informations complémentaires**

Le dossier médical n'appartient pas au patient mais à l'établissement qui l'a constitué.

La consultation d'un dossier médical et /ou la transmission d'une copie peut être refusée si le patient s'y est opposé.

Fait à ..... Le .....

Signature :

**Document à retourner accompagné des justificatifs demandés à :**

C.H.U de Caen Normandie  
Cellule reproduction des dossiers médicaux, Direction Qualité et Droits des Usagers,  
Avenue de la Côte de Nacre, CS 30001, 14033 CAEN cedex 9  
☎ : 02.31.06.48.35 ou 02.31.06.30.04 / email : crdp@chu-caen.fr