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

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 :

Merci de cocher ci-dessous les pièces demandées :

❍ Compte rendu d'hospitalisation ❍ Compte rendu de consultation ❍ Compte rendu opératoire

Dossier radiologique : ❍ Compte rendu de radiologie ❍ Images sur CD ROM

❍ Autres résultats d'examens : .....

.....

Services d'hospitalisation :	**Date(s) d'hospitalisation :**

MODALITÉ DE COMMUNICATION DES ÉLÉMENTS :

❍ **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 (coût de l'envoi à mes frais)

❍ **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.

TARIFICATION DES COÛTS DE REPRODUCTION ET D'ENVOI

- Coût des photocopies : 0,20 € l'unité
- Coût des examens d'imagerie (selon volume d'imagerie) : CD-ROM : 3,00 € l'unité ou DVD : 3,12 € l'unité
- Coût de l'envoi postal en lettre recommandée avec accusé réception : forfait de 10,00 € par envoi

Une facture sera transmise lors la remise en main propre ou lors de l'envoi des documents.

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 <u>deux parents</u> (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