

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 :

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 À PRÉCISER :

☐ 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
- 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 : 0,25 € la page
- Examens d'imagerie (selon volume d'imagerie) : CD-ROM : 2,90 € l'unité ou DVD : 3,20 € l'unité
- Lettre recommandée avec accusé de réception : coût selon tarif en vigueur

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 deux parents (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