

	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT QUALITE	Réf : DG PG 02 DEQ 01
	FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT PAR LE PATIENT LUI-MEME OU SON REPRESENTANT	PAGE : 1/2 Date d'application : Janvier 2026 Version 5

1- IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT DEMANDE

Nom de naissance :

Nom utilisé :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

2 – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR DU DOSSIER PATIENT

Nom de naissance :

Nom utilisé :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Adresse :

Téléphone:.....Adresse électronique :

3 – QUALITE DU DEMANDEUR DU DOSSIER PATIENT

JE SUIS ↓	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR AVEC LA DEMANDE ↓
☐ Le patient	• Copie d'une pièce d'identité
☐ Le représentant légal	• Copie d'une pièce d'identité du demandeur et du mineur, • Copie du livret de famille ou de l'acte de naissance. <i>En cas de divorce, fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales</i>
☐ Le Tuteur ou ☐ Habilitation familiale	• Copie d'une pièce d'identité du demandeur et du majeur protégé • Copie de l'ordonnance du juge des tutelles.
☐ Mandataire	• Copie d'une pièce d'identité du mandataire • Copie d'une pièce d'identité du mandant • Mandat écrit

	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT QUALITE	Réf : DG PG 02 DEQ 01
	FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT PAR LE PATIENT LUI-MEME OU SON REPRESENTANT	PAGE : 2/2 Date d'application : Janvier 2026 Version 5

4 – PIECES DU DOSSIER A REPRODUIRE

Cocher la ou les cases correspondantes:

☐ **Je souhaite uniquement une partie de mon dossier médical:**

☐ Compte-rendu(s) d'hospitalisation : *période de* à

☐ Compte-rendu(s) de consultation: *période de* à

☐ Résultats des examens complémentaires (à préciser): *période de* à

☐ Biologie

☐ Imagerie médicale

☐ ECG

☐ Autres documents (à préciser):

☐ **Je souhaite l'intégralité du dossier d'une spécialité médicale (préciser la spécialité):**

☐ **Je souhaite l'intégralité du dossier médical**

5– MODALITES D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT

Article R1111-2 du Code de la Santé publique : « A son choix, le demandeur obtient du professionnel de santé ou de l'établissement de santé communication des informations demandées, soit par consultation sur place, avec, le cas échéant, remise de copies de documents, soit par l'envoi de copies des documents.

Les copies sont établies sur un support analogue à celui utilisé par le professionnel de santé ou l'établissement de santé, ou sur papier, au choix du demandeur et dans la limite des possibilités techniques du professionnel ou de l'organisme concerné ».

A noter que la reproduction du dossier médical est sous format papier, gratuite.

☐ **Consultation sur place :**

☐ Je souhaiterais bénéficier de l'accompagnement d'un médecin de l'établissement pour prendre connaissance des informations médicales. Je pourrai me faire remettre ultérieurement copie des documents médicaux.

Le médecin de l'hôpital pourra recommander, s'il le juge nécessaire, la présence d'un accompagnant de votre choix pour la consultation sur place de votre dossier.

☐ **Envoi de copie :**

☐ à l'adresse du demandeur en recommandé avec accusé de réception.

ou

☐ à l'adresse du médecin désigné ci-dessous, en recommandé avec accusé de réception.

Nom : Prénom :

Adresse :

☐ **Remise des copies en main propre :**

Vous serez contacté par le secrétariat de direction pour connaître la date et l'heure de remise des copies.

Ce formulaire ainsi que les pièces justificatives doivent être transmis à :

Directeur général,

Centre Hospitalier Jean LECLAIRE, Le Pouget, CS 80201, 24006 Sarlat Cedex

Fait à , le Signature