



# FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL

Direction des affaires générales,  
juridiques et relations usagers

Ce formulaire est à retourner, accompagné des justificatifs demandés ci-dessous :

**Par voie postale : Centre Hospitalier Henri Mondor d'Aurillac, à l'attention du service des relations usagers, 50 avenue de la République – 15000 AURILLAC OU par mail**

## IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur :  Patient  Tuteur  Ayant-droit  Représentant légal

Civilité :  Mme  M.

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ...../...../..... Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél : Domicile : ..... Mobile.....

Adresse mail : .....

## IDENTITÉ DU PATIENT (À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE PATIENT N'EST PAS LE DEMANDEUR)

Civilité :  Mme  M.

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ...../...../..... Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

## DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL PARMI LES QUATRE HYPOTHÈSES SUIVANTES SELON LA SITUATION DU DEMANDEUR

### **1/ Si la demande est faite par le patient lui-même :**

Copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité

**2/ Si la demande est faite par les représentants d'un mineur :**

- Copie recto-verso de la pièce d'identité du parent ;
- Copie du livret de famille (partie parents et enfant) ou justificatif attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale (extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois, jugement de divorce).

**3/ Si la demande est faite par les représentants légaux d'un patient sous tutelle :**

- Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur représentant le patient ;
- Copie de la pièce d'identité du patient sous tutelle ;
- Copie du jugement de tutelle.

**4/ Si la demande est faite par les ayant-droits :**

- Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur ;
- Copie de l'acte de décès ;
- Certificat d'hérédité / acte notarié ;

Selon votre situation, veuillez joindre à la demande l'un des documents suivants :

- Copie du livret de famille (si enfant du défunt ou son époux/épouse) **OU**
- Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (partenaire du défunt) **OU**
- Certificat de vie commune **OU**
- Déclaration sur l'honneur attestant du concubinage, signée par les concubins

A cette fin, il est impératif de cocher le motif de la demande et de le préciser ci-dessous :

- Connaître les raisons du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir vos droits

.....  
.....

**N.B. :** En vertu des **articles L.1110-4 et L.1111-7 du code de la santé publique**, la communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient, de son vivant, s'y est opposé. Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent.

**CONTENU DU DOSSIER SOLLICITÉ**

**Veuillez préciser le contenu de votre demande de dossier médical :**

- Je souhaite obtenir la totalité du dossier médical (tous services confondus)

**OU**

- Je souhaite obtenir une partie de mon dossier médical

Précisez le(s) service(s) concerné(s) par la demande et les dates :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**N.B. :** En vertu de **l'article R.1112-7 du code de la santé publique**, les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de **20 ans** à compter de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de **10 ans** à compter de la date du décès.

## MOYEN DE COMMUNICATION DU DOSSIER SOLLICITÉ

- Consultation sur place sans remise de copies de documents ou clichés (**un rendez-vous vous sera proposé par téléphone**)
- Consultation sur place avec remise de copies de documents ou clichés ou CD (**coût de duplication**) ;
- Envoi de copies de documents ou clichés ou CD en recommandé avec accusé de réception (**coût de duplication + frais postaux aux tarifs en vigueur**) ;

Coût de duplication (à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 – révisable chaque 1<sup>er</sup> janvier) :

- Jusqu'à 5 feuilles : gratuit (*sauf clichés de radios et CD*)
- à partir de 6 feuilles : 0,20 € par feuille
- 50 feuilles et plus : 10 € Forfait
- CD – Pochette range CD et enveloppe – prix unitaire : 2.05 € l'unité

**N.B.** : Une facture relative aux frais de reproduction et d'envoi sera envoyée à l'adresse indiquée sur le présent formulaire car en vertu de l'article R311-11 du code des relations entre le public et l'administration, « A l'occasion de la délivrance du document, des frais correspondants au coût de reproduction et, le cas échéant, d'envoi de celui-ci peuvent être mis à la charge du demandeur. [...] L'intéressé est avisé du montant total des frais à acquitter dont le paiement préalable peut être exigé ». Enfin, en matière de délais, veuillez noter que selon l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, les dossiers médicaux de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours et que ceux de plus de 5 ans sont communiqués dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Dès réception de ces informations et sauf rétractation de votre part dans un délai de 48 heures, une suite sera donnée à votre demande dans les délais définis par les textes. Le service des relations avec les usagers reste à votre écoute pour toute information relative à la demande de dossier médical.

Je soussigné(e), Monsieur/Madame ..... reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

Fait le ...../...../..... à .....

Signature obligatoire :