

**DEMANDE DE DOCUMENTS MÉDICAUX PAR LE PATIENT LUI-
MEME OU PAR UN REPRÉSENTANT LEGAL (PARENT, TUTEUR,
MANDATAIRE)**

Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, pour les personnes mariées précisez le nom de naissance)

.....

Né(e) le à

Domicilié(e).....

.....

Téléphone : E-mail :

Demande en tant que (choix unique):

- Patient
- Titulaire de l'autorité parentale d'un patient mineur¹
- Mandataire judiciaire d'un patient sous mesure de protection²
- Personne expressément mandatée par un patient ou un titulaire du droit d'accès au dossier³

L'accès à mon dossier médical

Ou à celui de (préciser le nom s'il est différent)

Né(e) le à

Ma demande concerne le(s) séjour(s) du (préciser les dates pour faciliter la recherche):

.....

.....

.....

.....

Je souhaite (choix unique):

- consulter sur place les documents médicaux : avec copies ⁴ sans copies
- obtenir par voie postale la copie des documents médicaux ⁵

¹ Joindre une copie du livret de famille

² Joindre une copie du jugement de mise sous tutelle ou curatelle. Seuls les mandataires judiciaires habilités par le juge des tutelles à représenter le patient pour les actes relatifs à la personne ont qualité pour accéder au dossier médical.

³ Joindre le mandat dûment signé

⁴ Les frais de reproduction sont à la charge du demandeur (cf article L.1111-7 du code de la santé publique). En cochant cette case, vous vous engagez à régler les frais correspondants : 0,05 €/copie au-delà de 20 copies sauf si première demande du dossier médical

⁵ Les frais d'envoi et de reproduction sont à la charge du demandeur sauf si première demande du dossier médical (cf article L.1111-7 du code de la santé publique). En cochant cette case, vous vous engagez à régler les frais correspondants : 0,05 €/copie au-delà de 20 copies + frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception



En cas de consultation sur place

L'équipe médicale du centre hospitalier préconise la consultation du dossier sur place en présence d'une tierce personne qu'elle désignera dans le but de vous fournir toutes les explications que vous pourriez souhaiter.

Le secrétariat médical organisera un rendez-vous pour la consultation. Une pièce d'identité devra être présentée lors de ce rendez-vous.

Je souhaite la présence d'un médecin lors de la consultation de mes documents médicaux :

- Oui. Nom du médecin désigné (*facultatif. A défaut, l'établissement en désignera un*) :
.....
- Non



Dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement, le médecin responsable du dossier peut imposer la présence d'un médecin comme intermédiaire pour l'accès aux pièces du dossier (cf article L.1111-7 CSP). Le centre hospitalier vous demandera dans ce cas de désigner un médecin de votre choix. En cas de refus, la Commission Départementale des Soins Psychiatriques sera saisie.



En cas de demande de copie de pièces

Je souhaite obtenir :

- l'intégralité de mon dossier
- le compte-rendu d'hospitalisation
- autre :

Ces documents doivent être adressés (*choix unique*) :

- à mon domicile
- à l'adresse suivante ou au médecin suivant
-



Dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement, le médecin responsable du dossier peut imposer la présence d'un médecin comme intermédiaire pour l'accès aux pièces du dossier (cf article L.111-7 CSP). Le centre hospitalier vous demandera dans ce cas de désigner un médecin de votre choix. En cas de refus, la Commission Départementale des Soins Psychiatriques sera saisie.

Pièces à fournir :

- Pièce(s) d'identité
- Document(s) attestant de votre qualité de représentant légal ou de mandataire (cf justificatifs énumérés page précédente)

Date et signature :

Document et pièces jointes à adresser au centre hospitalier de Cadillac, Direction des Usagers,
CS10089, 89 rue Cazeaux Cazalet 33410 CADILLAC ou par messagerie à l'adresse
direction.usagers@ch-cadillac.fr