



CENTRE HOSPITALIER EPERNAY

# DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL PATIENT

Fiche de renseignements à retourner accompagnée des pièces justificatives :  
Direction du Centre Hospitalier - 137, rue de l'Hôpital  
B.P. 137 - 51205 EPERNAY Cedex



## 1 - Identité du patient :

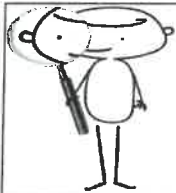
Nom – Prénom \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
N° de tel. : \_\_\_\_\_

## 2 - Renseignements concernant le demandeur :

**Qualité :**     Patient                       Détenteur de l'autorité parentale                       Tuteur légal

### Identité du demandeur (ne remplir que si différente du patient)

Nom – Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
N° de tel. \_\_\_\_\_



### Pièces à produire :

- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
- Pour un patient majeur protégé : photocopie du jugement de désignation du tuteur
- Pour un patient mineur : photocopie d'un justificatif de votre autorité parentale (Livret de famille, extrait acte de naissance, décision de justice)

## 3 - Renseignements facilitant la recherche du dossier : date d'hospitalisation, service, nom du praticien :

## 4 - Documents médicaux à transmettre :

- Compte(s)-rendu(s) opératoire(s)     Compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation     Dossier d'Anesthésie  
 Compte(s)-rendu(s) consultations(s)     Compte(s)-rendu(s) d'Imagerie (s) et clichés  
 Examens de Laboratoire     Dossier de Soins     Fiche Urgences     Ensemble du dossier  
 Autre : préciser .....

## 5- Modalités de communication :

Souhaitez-vous que les éléments du dossier soient communiqués :

- A vous-même     Par l'intermédiaire d'un médecin préciser : .....

Mode de transmission de l'information (consultation sur place, par défaut)

- par consultation sur place     retrait sur place     par envoi postal \*

## 6- Frais de reproduction :

DOCUMENTS PAPIER		CLICHES RADIOGRAPHIQUES	
format A 4	0.18 €	format 28 x 35	1.5 €
format A 3	0.30 €	format 36 x 43	3 €
		Cédérom	2.75 €

Le demandeur certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et documents transmis à l'administration **(Dater et Signer)**

### \*frais d'expédition (Documents transmis en A/R) :

Facturation selon les frais postaux en vigueur

N° de la demande \_\_\_\_\_

Date de transmission \_\_\_\_\_