

Formulaire de demande de communication du dossier
médical Articles L. 1110-4, L. 1111-7 et L. 1112-1 du code
de la santé publique

Demande formulée par le patient ou son représentant

Identification du patient

M./Mme (nom prénoms) : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Qualité du demandeur si différent du patient : père¹ – mère¹ (si patient mineur), tuteur² (rayer la mention inutile)

M./Mme (nom, prénoms) : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Demande au Directeur du CH de GUINGAMP (22) la communication du dossier médical

correspondant à : Une hospitalisation du : ____/____/____ au ____//____

Une consultation ou des soins externes du : ____/____/____

- Compte rendu d'hospitalisation ou de consultation
- Pièces essentielles (CRH, CR Opératoire, résultats des examens)
- Autres documents (préciser) :

Pièces justificatives :

Joindre une copie d'une pièce d'identité au nom du patient (sauf pour les mineurs) et une au nom du demandeur/représentant légal/mandataire, auxquelles s'ajouteront le cas échéant :

1. La copie du livret de famille
2. La copie du jugement de tutelle

Délai de mise à disposition du dossier médical

Les informations seront communiquées dans un délai de 8 jours à compter de la date de réception de ce formulaire complété et des pièces justificatives. Ce délai est porté à deux mois pour les informations médicales datant de plus de cinq ans.

Modalités de remise des copies du dossier médical

- Par remise en mains propres au Centre Hospitalier de Guingamp.
Se munir d'une pièce d'identité
- Par envoi à l'adresse ci-dessus d'une copie du dossier médical aux tarifs précisés ci- après **dans ce cas joindre obligatoirement à la demande la copie d'une pièce d'identité**
- Par consultation sur place avec un accompagnement médical proposé par le CH. **Se munir d'une pièce d'identité**
- Par consultation sur place sans l'accompagnement d'un médecin de soins (présence du médecin responsable des archives médicales).
Se munir d'une pièce d'identité
- Par envoi au médecin dont les coordonnées seront précisées dans le document ci-après **dans ce cas joindre obligatoirement à la demande une copie d'une pièce d'identité**

Nom et adresse du médecin : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro d'inscription (n° RPPS) : _____

Modalités de facturation des copies du dossier médical

Les tarifs de facturation des frais de communication du dossier médical sont arrêtés comme suit

Nombre de pages inférieur à 10 : 11,00 €

Nombre de pages de 10 à 50 : 23,50 €

Nombre de pages de 50 à 200 : 37,00 €

Nombre de pages de 200 à 300 : 63,00 €

Nombre de pages supérieur à 300 : 90,00 €

Tarif de remise d'examen radiologique sur support CD : 3,50 €

Frais d'expédition (déduction des frais d'expédition si retrait du dossier sur place) : 8,50 €

A régler à réception de la facture (Avis à payer du Trésor Public)

Fait à _____ le ____/____/____

Signature du demandeur