



Documents à retourner à :  
**Centre Hospitalier  
LANNION-TRESTEL  
Secrétariat de direction  
BP 70348  
22303 LANNION CEDEX**

**DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL  
PAR UN TIERS**  
(mineur ou personne sous tutelle)

**1 – Identité du demandeur :**

Je soussigné(e), Mme, Melle, Mr : .....  
Né(e) le : ..... Adresse : .....  
..... Tél : .....

Agissant en tant que représentant légal :

De : (nom, prénom, nom de jeune fille) .....  
Né(e) le : .....  
Service d'hospitalisation : .....  
Date d'hospitalisation : du \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**2 – Demande à Monsieur le Directeur de l'hôpital de LANNION, la communication des documents suivants :**

- L'intégralité du dossier médical
  - Le compte rendu d'hospitalisation et/ou le compte rendu opératoire
  - Autres documents, à préciser ci-après : .....
- .....  
.....

Motif de la demande : .....  
.....

**3 – Selon les modalités suivantes :**

- Je choisis la consultation du dossier sur place en présence du médecin
  - Je souhaite retirer la copie du dossier au service des Archives Médicales du Centre Hospitalier de LANNION
- (le service des Archives Médicales vous contactera dès que votre dossier sera disponible)**
- Je demande l'envoi postal (recommandé avec accusé de réception), à mes frais, de la copie des informations demandées à mon domicile :
- .....  
.....  
.....

Conformément aux dispositions du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 (art. L 1111-7), je recevrai après cette communication un titre de recette correspondant aux frais de reproduction et d'envoi, s'il y a lieu. Ces coûts sont les suivants :

Détail	Prix à l'unité (TTC)	Détail	Prix à l'unité (TTC)
Frais fixe	3,50 €	Film format 35X28	1,50 €
Copies	0,20 €	CD-Rom	5,00 €
Reproduction papier (Echographie-scanner)	0,40 €		
Film format 20X25	1,00 €	Frais d'envoi (recommandé avec AR)	Tarif de la poste en vigueur

Je reconnais avoir pris connaissance du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier, notamment vis à vis de tiers (famille, entourage, employeur, assureur, etc ...).

Fait à : ..... le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Signature du demandeur :

Liste des pièces à fournir :

- Copie de la carte d'identité (recto/verso) du demandeur
- Copie du livret de famille (lien de parenté)
- Copie de l'ordonnance du Juge des Tutelles (s'il y a lieu)

A réception de la demande accompagnée des pièces complémentaires, le Centre Hospitalier transmet les copies demandées au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé. Le délai de transmission est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans.

**Pour tout renseignement complémentaire, vous avez la possibilité de contacter Gérard LAUNAY – Archives médicales au 02.96.05.71.11 poste 44.96.**