

	<b>ENREGISTREMENT</b>	ENRE ADP 001	
	<b>DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT LEGAL</b> (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002) SGCA	Date d'application 04/06/2024	Page 1 sur 3
		Version 19	

N° ..... / .....

**POUR SATISFAIRE VOTRE DEMANDE, LES INFORMATIONS SUIVANTES SONT NECESSAIRES**

**Je soussigné(e),**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

**DEMANDE DE COMMUNICATION DE MON PROPRE DOSSIER MEDICAL**

**DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL DE :**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Qualité du demandeur :  Parents du mineur  Tuteur  Mandataire

**MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS**

**Envoi à domicile** (en lettre suivie)

**Récupération dans le service**

**Consultation sur place**, avec rendez-vous programmé (vous pouvez bénéficier d'un accompagnement médical)

**L'envoi de documents par mail n'est pas réalisable au vu de la confidentialité des données.**

	<b>ENREGISTREMENT</b>	ENRE ADP 001	
	<b>DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT LEGAL</b> (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002) SGCA	Date d'application 04/06/2024	Page 2 sur 3
		Version 19	

### **PIECES DU DOSSIER DEMANDEES**

**Gratuité de la première demande de dossier médical et envoi en lettre suivie – Décret du 30 décembre 2023 modifiant l'Art. R1111-2 du Code de la Santé Publique. Pour toute demande supplémentaire, l'envoi en lettre suivie et les copies des documents seront à la charge du demandeur aux tarifs suivants :**

- Copie A4 : 0.18€ l'unité
- Cliché radio sur support papier : 0.55€ l'unité
- CD scanner, IRM : 2.75€ l'unité

#### **Documents concernant le service des Urgences :**

Date(s) / Période(s) concernée(s) pour le service des urgences :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Synthèse médicale (lettre de liaison)  | <input type="checkbox"/> Bilans biologiques* |
| <input type="checkbox"/> Synthèse médicale et synthèse paramédicale   | <input type="checkbox"/> Ordonnances         |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu imagerie avec code d'accès aux images sur le site internet de l'hôpital |  |
| <input type="checkbox"/> Cliché radio sur support papier  | <input type="checkbox"/> Tracé ECG / EEG     |
| <input type="checkbox"/> CD Scanner, IRM  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : .....   |  |

Les pièces demandées peuvent être inexistantes dans votre dossier en fonction de votre prise en charge.

#### **Documents concernant les autres services :**

Date(s) / Période(s) concernée(s)	Service(s) concerné(s)	Nom du médecin
.....	.....	.....
.....	.....	.....

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Compte rendu d'hospitalisation (lettre de liaison)                                   | <input type="checkbox"/> Bilans biologiques *                   |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu de consultation   | <input type="checkbox"/> Ordonnances                            |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire  | <input type="checkbox"/> Observations médicales                 |
| <input type="checkbox"/> Correspondances entre professionnels   | <input type="checkbox"/> Consentement éclairé                   |
| <input type="checkbox"/> Certificat médical   | <input type="checkbox"/> Résultat d'examen (exemple : EEG, ECG) |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu imagerie avec code d'accès aux images sur le site internet de l'hôpital |   |
| <input type="checkbox"/> Cliché radio sur support papier  | <input type="checkbox"/> Dossier transfusionnel                 |
| <input type="checkbox"/> CD Scanner, IRM  | <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie                   |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : .....   |   |

Les pièces demandées peuvent être inexistantes dans votre dossier en fonction de votre prise en charge.

\* Attention, peuvent être très volumineux.

	<b>ENREGISTREMENT</b>	ENRE ADP 001	
	<b>DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT LEGAL</b> (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002) SGCA	Date d'application 04/06/2024	Page 3 sur 3
		Version 19	

**ELEMENTS A FOURNIR (en fonction de la qualité du demandeur)**

<input type="checkbox"/> Patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pièce d'identité (Passeport ou carte d'identité recto-verso)</li> <li>✓ Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Patient présent à l'unité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Numéro d'érou ou Numéro sécurité sociale</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale du patient mineur	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pièce d'identité du demandeur (Passeport ou carte d'identité recto-verso)</li> <li>✓ Livret de famille ou acte de naissance de l'enfant</li> <li>✓ Justificatif de l'autorité parentale en cas de divorce ou de séparation</li> <li>✓ Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne (tuteur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pièce d'identité du tuteur (Passeport ou carte d'identité recto-verso)</li> <li>✓ Jugement de tutelle</li> <li>✓ Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Mandataire <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pièce d'identité (Passeport ou carte d'identité recto-verso) du patient et du mandataire</li> <li>✓ Autorisation écrite du patient</li> <li>✓ Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Médecin expert désigné par une juridiction	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Jugement ou ordonnance de désignation de l'expert</li> <li>✓ Autorisation écrite du patient et copie de sa pièce d'identité</li> </ul>

<sup>1</sup> La personne mandatée ne peut avoir de conflit d'intérêts et défendre d'autres intérêts que celui de son mandant.

**Ce document dûment renseigné et signé, ainsi que les pièces demandées ci-dessus sont à adresser par courrier ou par mail à :**

Service de Gestion Centralisée des Archives  
Centre Hospitalier de Béziers  
2 rue Valentin Haüy - B.P. 740  
34525 BEZIERS cedex

@ [archives@ch-beziers.fr](mailto:archives@ch-beziers.fr)

☎ 04 67 35 78 58

Date : .....

Signature du demandeur :

.....