

Date de la demande :

Nom et Prénom du demandeur :

Qualité du demandeur : ☐ Patient ☐ Représentant légal ☐ Tuteur

Adresse :

Tel :

Mail :

Information concernant le séjour :

Nom et Prénom du patient :

Date de naissance :

Date d'hospitalisation :

Service(s) d'hospitalisation :

☐ **Je souhaite consulter le dossier sur place** (Je vous transmets mes coordonnées ci-dessus pour que vous me fixiez un rendez-vous). Lors de cette consultation, ☐ je souhaite ☐ je ne souhaite pas être accompagné(e) d'un praticien du service.

☐ **Je souhaite obtenir la copie des documents cochés ci-dessous** et m'engage à régler la facture(\*) adressée par le trésor public dans les plus brefs délais :

- ☐ Je viendrai récupérer ces documents à la Direction Relations avec les Usagers du Centre Hospitalier de Grasse (je vous transmets mes coordonnées ci-dessus pour que vous me fixiez un rendez-vous)
- ☐ Je souhaite recevoir ces documents à l'adresse indiquée ci-dessus en accusé réception (6,60€ de frais d'envoi à la charge du demandeur)

(\*) Tarifs : Photocopie format A4, impression noir et blanc : 0.18 € l'unité / Photocopie format A3, impression noir et blanc : 0.36 € l'unité / Photocopie couleur, format A4 : 0.40 € l'unité / Photocopie couleur, format A3 : 0.70 € l'unité / CD Rom : 2.75 € l'unité / Cliché radiographique : 3.10 € l'unité.

Éléments du dossier médical à reproduire :

☐ le contenu complet de mon dossier

**OU**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> la feuille d'urgence                  | <input type="checkbox"/> le dossier infirmier                             |
| <input type="checkbox"/> le compte rendu d'hospitalisation     | <input type="checkbox"/> le dossier anesthésique et opératoire            |
| <input type="checkbox"/> le compte rendu opératoire            | <input type="checkbox"/> les comptes rendus de consultations spécialisées |
| <input type="checkbox"/> les comptes rendus d'imagerie         | <input type="checkbox"/> les examens d'imagerie médicale                  |
| <input type="checkbox"/> les courriers échangés entre médecins | <input type="checkbox"/> les examens de laboratoire                       |

**Pièces justificatives à joindre à votre demande :**

**Cas 1 : la demande est formulée par le patient :** joindre la copie recto verso de votre pièce d'identité.

**Cas 2 : la demande est formulée par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur :** joindre la copie recto verso de votre pièce d'identité, la copie du livret de famille attestant de votre autorité parentale, la copie de la décision de justice relative à l'autorité parentale ou l'acte de jugement instituant la tutelle.

Je soussigné M., Mme, Melle

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Signature