



CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE
DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

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 des Usagers du Centre Hospitalier de Grasse (secrétariat ouvert au public du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 16h)
- ☐ 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. Pour les clichés antérieurs à 2017 : clichés radiographiques suivants format entre 5.92€ et 9,10€ l'unité + frais postaux en lien avec les copies.

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