



**Formulaire de demande d'accès  
au dossier médical – Patient**

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR**

Qualité du demandeur :  Patient  Tuteur  Représentant légal

Civilité :  Mme  M.

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

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

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél Domicile : ..... Mobile : .....

Courriel : .....

**IDENTITÉ DU PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE (si différente du demandeur)**

Civilité :  Mme  M.

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

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

**JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE**

**Patient** : copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité.

**Représentants d'un mineur** : copie recto-verso de la pièce d'identité du parent + copie du livret de famille (partie parents et enfant) ou justificatif attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale.

**Représentants légaux d'un patient sous tutelle** : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient + copie du jugement des tutelles.

**LES ÉLÉMENTS DU DOSSIER DEMANDÉS (à cocher)**

Service(s) concerné(s) par la demande : .....

Date de passage ou du séjour : .....

Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu opératoire

Compte-rendu de consultation

Dossier infirmier

Résultats d'examens (précisez) : .....

Imagerie médicale (précisez) :  Compte-rendu  CDROM

Autres pièces (précisez) : .....

## MODALITÉS DE COMMUNICATION

### Vous souhaitez (à cocher) :

- Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception
- Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone
- Une consultation sur place (Gratuit - un rendez-vous vous sera proposé par téléphone).

**Délai<sup>1</sup>**: les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai compris de 48h à 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai compris entre 48h et 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

**Tarif<sup>2</sup>** : les copies sont facturées à 0,18 € l'unité format A4 ; 0,36 € l'unité format A3 ; le CDROM est facturé à 2,75 € l'unité, l'envoi par courrier postal (LR/AR) est facturé au tarif en vigueur.

Je, soussigné(e) M..... reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

Date :

Signature :

### Formulaire à retourner, accompagné des justificatifs à l'adresse :

**Fondation Hospitalière de la Miséricorde – Direction**  
15 fossé Saint Julien – 14000 CAEN - Téléphone : 02 31 38 50 50  
Courriel : demandedossier@fondation-misericorde.fr

### Cadre réservé à l'établissement :

Dossier complet	Validation médicale	Éléments communiqués :	Mise à disposition
Date réception :	Nom du médecin :	<input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire <input type="checkbox"/> Compte-rendu de consultation <input type="checkbox"/> Dossier infirmier	Date :
Signature :	Date et signature :	<input type="checkbox"/> Résultats d'examens : ..... <input type="checkbox"/> Imag. Méd. : <input type="checkbox"/> Compte-rendu <input type="checkbox"/> CDROM <input type="checkbox"/> Intégralité du dossier : <input type="checkbox"/> Autres : .....	<input type="checkbox"/> Envoi par AR <input type="checkbox"/> Remis en main propre <input type="checkbox"/> Consultation sur place

1 Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans à compter de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R,1112-7 du code de la santé publique).

2 Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005.