CENTRE HOSPITALIER
Région de Saint-Omer

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL
EN TANT QUE REPRESENTANT LEGAL
Ou d'éléments de ce dossier (compte rendu d'hospitalisations…)

Votre demande doit être formulée nécessairement au moyen de cet imprimé dûment complété, signé et accompagné des justificatifs demandés et envoyé en lettre simple à :

Monsieur le Directeur,
CENTRE HOSPITALIER DE LA REGION DE SAINT OMER
ROUTE DE BLENDECQUES - BP 60357 HELFAUT
62505 SAINT OMER CEDEX

Votre demande vous engage à régler le montant des frais de copies de dossier facturé selon la règlementation en vigueur. (détail ci-dessous)

❖ **TARIFICATION DES COUTS DE REPRODUCTION DES ELEMENTS DU DOSSIER**

La première communication du dossier médical est toujours gratuite. Des frais seront appliqués pour l'envoi en recommandé ou en cas de demandes répétées.

(Selon la réglementation en vigueur)

La page	0.18€	Tarif au nombre de pages copiées
Le CD (clichés imagerie, radiographies)	2.75€	
Frais d'envoi en recommandé avec AR*		Selon tarif postal en vigueur

Vous recevrez un titre de recettes émis par la Trésorerie que vous règlerez selon les modalités indiquées.

En cas de nécessité, et sous réserves du contexte sanitaire, vous pouvez retirer le dossier directement au CHRSO : faites en la demande sur cet imprimé en cochant la case suivante : ☐ Dans ce cas, attendez d'être appelé pour que vous soit proposé un rendez-vous lorsque le dossier sera prêt.

❖**JUSTIFICATIFS NECESSAIRES POUR QUE CETTE DEMANDE SOIT RECEVABLE**

☑ Le présent imprimé dûment complété et signé,
☑ La photocopie recto verso de votre pièce d'identité,
☑ La photocopie recto verso de la pièce d'identité du patient,
☑ Un justificatif de votre qualité de représentant légal, copie du livret de famille, décision du juge, ou autre pièce justificative.

☐ Un justificatif de domicile si votre adresse figurant sur votre pièce d'identité est différente de votre adresse actuelle.

❖**Engagement à régler les frais de copies de dossier :**

Je m'engage à régler le montant des frais de copies de dossier selon la tarification en vigueur.

Fait à ……, le……

Mention manuscrite « Lu et approuvé » et Signature obligatoire :

❖ **Identité du demandeur (représentant légal : parent ou tuteur)**		
NOM de naissance : ……..	Prénom(s) : ……	Date de naissance : ……
Adresse : …… …….		
Téléphone (obligatoire) :_____/_____/_____/_____/_____		
Souhaite avoir accès au dossier médical de (indiquer le lien de parenté) : ……		
NOM de naissance : ……..	Prénom(s) : ……	Date de naissance : ……

❖ **Demande la communication des documents précisés ci-dessous :**

Document(s) souhaité(s) à préciser (comptes rendus d'hospitalisation, clichés radio, courriers…….)	**Dates et Services d'hospitalisation**	**Nom du Médecin ayant effectué la prise en charge**

❖**A COMPLETER PAR le PATIENT (mineur ou majeur avec mesure de protection juridique ayant sa capacité de discernement):**

Je soussigné(e) (Nom Prénom)……..

autorise (Nom Prénom du demandeur) ……

à avoir accès à mon dossier médical comme demandé ci-dessus.

Fait à ……, le……

Signature obligatoire

Nous attirons votre attention sur le caractère strictement personnel des informations qui vous seront transmises vis-à-vis de tiers et des conséquences éventuelles que la révélation et/ou l'interprétation de certaines informations peuvent entrainer.