

## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL D'UN INCAPABLE MAJEUR

(application de la loi n°2002.303 du 4 mars 2002, du décret n°2002.637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L1111-7 et 1112-1 du code de la santé publique et de l'arrêté du 5 mars 2004 relatif à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne).

### IDENTITE DU DEMANDEUR AGISSANT EN QUALITE DE TUTEUR

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

### IDENTITE DU PATIENT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

### MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

CONSULTATION SUR PLACE      VOUS SEREZ ACCOMPAGNE(E) D'UN TIERS :  OUI       NON  
 ENVOI DE REPRODUCTIONS :       A VOUS-MEME       A VOTRE MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_  
 Vous pouvez venir chercher les documents sur place : assurez-vous d'avoir bien noté votre numéro de téléphone, nous vous contacterons dès qu'ils seront disponibles

### MOTIF DE LA DEMANDE (facultatif)

Suivi par un autre praticien       Changement de domicile       Autre : \_\_\_\_\_  
 Démarches administratives       En vue d'une expertise

### LES SERVICES CONCERNES PAR LA DEMANDE

Désignation du service	Dates des consultations ou hospitalisations

### DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES

Comptes rendus de consultation       Dossier d'anesthésie  
 Comptes rendus d'hospitalisation       Dossier infirmier  
 Comptes rendus opératoires       Dossier d'observation médicale  
 Comptes rendus d'examens complémentaires :       Examens de biologie       Radiographies  
 Clichés d'imagerie :       Tous       seulement certains : \_\_\_\_\_  
 Autres pièces : \_\_\_\_\_

### LES FRAIS DE DELIVRANCE SONT A LA CHARGE DU DEMANDEUR

Prix unitaire de la reproduction d'une page de document papier noir et blanc : Format A4	<b>0,18 €</b>	Format A3	<b>0.36 €</b>
Prix unitaire de la copie d'une radiologie :	Format 24X30cm		<b>1.90 €</b> Format 36x43cm <b>3.60 €</b>
Prix unitaire de la reproduction d'un cédérom :			<b>2,75 €</b>
Les frais d'expéditions (en recommandé avec accusé de réception) seront à votre charge :			<b>6,85 €</b>

**LA FACTURE VOUS SERA TRANSMISE AVEC LES DOCUMENTS DEMANDES**

### PIECE JUSTIFICATIVE A FOURNIR

COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE  
 COPIE DU JUGEMENT DE TUTUELLE

Je suis informé(e) du **caractère strictement personnel des informations** contenues dans mon dossier médical et il **m'appartient d'en préserver la confidentialité.**

Fait à  
Le

Signature

Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier d'Orthez, Secretariat de direction, rue du Moulin B.P 118 – 64301 ORTHEZ Cedex ou [secretariat.direction@ch-orthez.fr](mailto:secretariat.direction@ch-orthez.fr)