

**DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL D'UNE PERSONNE MINEURE, D'UNE PERSONNE PLACÉE  
SOUS PROTECTION JURIDIQUE OU D'UN MANDANT**

**Identité du demandeur**

Madame, Monsieur (*barrez la mention inutile*)

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Qualité (et pièces à fournir) :**

**Titulaire de l'autorité parentale**

- > pièce d'identité en cours de validité du patient et du demandeur
- > copie du livret de famille attestant l'exercice de l'autorité parentale
- > en cas de divorce ou de séparation, copie du jugement fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale et du certificat de non recours

**Personne chargée de l'exercice de la mesure de protection juridique**

- > pièce d'identité en cours de validité du patient et du demandeur
- > copie du jugement de mise sous protection juridique

**Mandataire**

- > pièce d'identité en cours de validité du patient et du demandeur
- > mandat exprès

- Site de Juvisy/Orge
- Site de Longjumeau
- Site d'Orsay

• **Service(s) concerné(s)**

.....  
.....

• **Période(s) d'hospitalisation**

.....

**Pièces demandées**

- Compte rendu d'hospitalisation
- Compte rendu opératoire
- Prescriptions établies lors de la consultation ou de la sortie
- Lettre de sortie
- Examens d'imagerie :
  - Radiographies
  - Scanners
  - IRM
- Examens biologiques
- Dossier d'anesthésie
- Autre : .....

**Identité du patient**

Madame, Monsieur (*barrez la mention inutile*)

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Date de naissance ...../...../.....

**Modalités de communication**

Je souhaite :

- La consultation du dossier à l'hôpital avec ou sans accompagnement médical (*sur rendez-vous*) et éventuellement avec remise de copies\*
- Le retrait du dossier au service de la patientèle\* (*sur rendez-vous*)
- L'envoi postal à mon domicile\*
- L'envoi postal à un médecin que je désigne :  
Nom ..... Prénom .....
- Adresse : .....
- ..... Téléphone : .....
- Médecin traitant  Autre médecin, préciser : .....

\* Conformément aux dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, la communication de ces documents peut vous être facturée.

- Photocopie : 0.22€ la page
- Contretype de cliché d'imagerie : 1€
- Recommandé avec avis de réception (tarifs postaux en vigueur)

Pour toute demande dont le montant total des frais (*reproduction et envoi en lettre RAR*) est inférieur à 10€, il n'y aura pas de facturation.

**Confidentialité des informations contenues dans le dossier médical :**

Les informations que vous allez détenir présentent un caractère strictement personnel. C'est pourquoi il est recommandé de faire preuve de la plus grande prudence à l'égard de tiers qui souhaiteraient en obtenir la communication.

Date de la demande ...../...../.....

Signature