

# DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Groupe Hospitalier du Havre

BP 24 - 76083 LE HAVRE Cédex

Tél : 02 32 73 34 57 - Email : sec.central@ch-havre.fr

## 1- IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## 2- DOSSIER MEDICAL

**Informations médicales me concernant (à renseigner obligatoirement)**

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à mon hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

**Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)**

Dossier assurance

Dossier FIVA

Expertise médicale

Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

**Informations médicales, en tant que représentant légal concernant (à renseigner obligatoirement)**

M/Mme \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

En qualité de :  père, mère  tuteur

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à l'hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

**Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)**

Dossier assurance

Dossier FIVA

Expertise médicale

Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

## 3- MODALITES D'ACCES

Je souhaite :

**Retirer les copies aux Archives Médicales** (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39 de 8h30 à 16h15)

**Que les copies soient adressées, en recommandé\* à mon adresse :**  
**(Adresse indiquée rubrique 1- "Identité du demandeur").**

**Que les copies soient adressées, en recommandé\*, au Docteur :**  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

**Consulter le dossier aux Archives Médicales** (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39)

Seul (e)

Accompagné(e) d'un tiers  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté \_\_\_\_\_

Accompagné(e) d'un médecin NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso

Fait au Havre le, ..... Signature :

\* Voir au verso (Facturation)

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Livret de famille
  - ➔ Le cas échéant, un document justifiant de l'autorité parentale
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Document attestant de votre qualité de tuteur

## DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours portés à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Ce délai peut également être de 2 mois dans le cas particulier de la saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

## COMMUNICATION DU DOSSIER

### 1. Consultation et/ou retrait au service des Archives Médicales

Le retrait du dossier se fait uniquement par le demandeur aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod Hall Sud) sur rendez-vous fixé par le service.

### 2. Envoi par courrier

Les dossiers sont adressés en recommandé, au domicile du demandeur ou au médecin désigné.

**Le patient est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).**

## FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004), la consultation du dossier sur place est gratuite. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur :

Copie A4	0,18 €
Radio sur support CD	2,75 €
Radio sur support DVD	2,75 €
Cliché radio papier glacé A4	0,40 €
Cliché radio 36x43	2,84 €

\* Pour un envoi recommandé au demandeur ou au médecin s'ajoutent les frais d'envoi qui varient selon le poids du dossier et le tarif postal en vigueur.

**Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction s'il y en a. Une facture vous sera systématiquement adressée.**

# DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Groupe Hospitalier du Havre

BP 24 - 76083 LE HAVRE Cédex

Tél : 02 32 73 34 57 - Email : sec.central@ch-havre.fr

## 1- IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## 2- DOSSIER MEDICAL

### Informations médicales me concernant (à renseigner obligatoirement)

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à mon hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

### Informations médicales, en tant que représentant légal concernant (à renseigner obligatoirement)

M/Mme \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

En qualité de :  père, mère  
 tuteur

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à l'hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

## 3- MODALITES D'ACCES

Je souhaite :

Retirer les copies aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39 de 8h30 à 16h15)

Que les copies soient adressées, en recommandé\* à mon adresse :  
 (Adresse indiquée rubrique 1- "Identité du demandeur").

Que les copies soient adressées, en recommandé\*, au Docteur :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Consulter le dossier aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39)

- Seul (e)  
 Accompagné(e) d'un tiers  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté \_\_\_\_\_  
 Accompagné(e) d'un médecin NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso

Fait au Havre le, ..... Signature :

\* Voir au verso (Facturation)

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Livret de famille
  - ➔ Le cas échéant, un document justifiant de l'autorité parentale
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Document attestant de votre qualité de tuteur

## DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours portés à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Ce délai peut également être de 2 mois dans le cas particulier de la saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

## COMMUNICATION DU DOSSIER

### 1. Consultation et/ou retrait au service des Archives Médicales

Le retrait du dossier se fait uniquement par le demandeur aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod Hall Sud) sur rendez-vous fixé par le service.

### 2. Envoi par courrier

Les dossiers sont adressés en recommandé, au domicile du demandeur ou au médecin désigné.

**Le patient est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).**

## FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (*article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004*), la consultation du dossier sur place est gratuite. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur :

Copie A4	0,18 €
Radio sur support CD	2,75 €
Radio sur support DVD	2,75 €
Cliché radio papier glacé A4	0,40 €
Cliché radio 36x43	2,84 €

\* Pour un envoi recommandé au demandeur ou au médecin s'ajoutent les frais d'envoi qui varient selon le poids du dossier et le tarif postal en vigueur.

**Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction s'il y en a. Une facture vous sera systématiquement adressée.**

# DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Groupe Hospitalier du Havre

BP 24 - 76083 LE HAVRE Cédex

Tél : 02 32 73 34 57 - Email : sec.central@ch-havre.fr

## 1- IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## 2- DOSSIER MEDICAL

### Informations médicales me concernant (à renseigner obligatoirement)

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à mon hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

### Informations médicales, en tant que représentant légal concernant (à renseigner obligatoirement)

M/Mme \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

En qualité de :  père, mère  
 tuteur

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à l'hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

## 3- MODALITES D'ACCES

Je souhaite :

Retirer les copies aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39 de 8h30 à 16h15)

Que les copies soient adressées, en recommandé\* à mon adresse :  
 (Adresse indiquée rubrique 1- "Identité du demandeur").

Que les copies soient adressées, en recommandé\*, au Docteur :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Consulter le dossier aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39)

- Seul (e)  
 Accompagné(e) d'un tiers  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté \_\_\_\_\_  
 Accompagné(e) d'un médecin NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso

Fait au Havre le, ..... Signature :

\* Voir au verso (Facturation)

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Livret de famille
  - ➔ Le cas échéant, un document justifiant de l'autorité parentale
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Document attestant de votre qualité de tuteur

## DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours portés à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Ce délai peut également être de 2 mois dans le cas particulier de la saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

## COMMUNICATION DU DOSSIER

### 1. Consultation et/ou retrait au service des Archives Médicales

Le retrait du dossier se fait uniquement par le demandeur aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod Hall Sud) sur rendez-vous fixé par le service.

### 2. Envoi par courrier

Les dossiers sont adressés en recommandé, au domicile du demandeur ou au médecin désigné.

**Le patient est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).**

## FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004), la consultation du dossier sur place est gratuite. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur :

Copie A4	0,18 €
Radio sur support CD	2,75 €
Radio sur support DVD	2,75 €
Cliché radio papier glacé A4	0,40 €
Cliché radio 36x43	2,84 €

- \* Pour un envoi recommandé au demandeur ou au médecin s'ajoutent les frais d'envoi qui varient selon le poids du dossier et le tarif postal en vigueur.

**Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction s'il y en a. Une facture vous sera systématiquement adressée.**

# DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Groupe Hospitalier du Havre

BP 24 - 76083 LE HAVRE Cédex

Tél : 02 32 73 34 57 - Email : sec.central@ch-havre.fr

## 1- IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## 2- DOSSIER MEDICAL

### Informations médicales me concernant (à renseigner obligatoirement)

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à mon hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

### Informations médicales, en tant que représentant légal concernant (à renseigner obligatoirement)

M/Mme \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

En qualité de :  père, mère  
 tuteur

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à l'hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

## 3- MODALITES D'ACCES

Je souhaite :

Retirer les copies aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39 de 8h30 à 16h15)

Que les copies soient adressées, en recommandé\* à mon adresse :  
 (Adresse indiquée rubrique 1- "Identité du demandeur").

Que les copies soient adressées, en recommandé\*, au Docteur :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Consulter le dossier aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39)

- Seul (e)  
 Accompagné(e) d'un tiers  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté \_\_\_\_\_  
 Accompagné(e) d'un médecin NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso

Fait au Havre le, ..... Signature :

\* Voir au verso (Facturation)

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Livret de famille
  - ➔ Le cas échéant, un document justifiant de l'autorité parentale
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Document attestant de votre qualité de tuteur

## DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours portés à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Ce délai peut également être de 2 mois dans le cas particulier de la saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

## COMMUNICATION DU DOSSIER

### 1. Consultation et/ou retrait au service des Archives Médicales

Le retrait du dossier se fait uniquement par le demandeur aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod Hall Sud) sur rendez-vous fixé par le service.

### 2. Envoi par courrier

Les dossiers sont adressés en recommandé, au domicile du demandeur ou au médecin désigné.

**Le patient est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).**

## FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004), la consultation du dossier sur place est gratuite. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur :

Copie A4	0,18 €
Radio sur support CD	2,75 €
Radio sur support DVD	2,75 €
Cliché radio papier glacé A4	0,40 €
Cliché radio 36x43	2,84 €

\* Pour un envoi recommandé au demandeur ou au médecin s'ajoutent les frais d'envoi qui varient selon le poids du dossier et le tarif postal en vigueur.

**Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction s'il y en a. Une facture vous sera systématiquement adressée.**



# DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Groupe Hospitalier du Havre  
BP 24 - 76083 LE HAVRE Cédex  
Tél : 02 32 73 34 57 - Email : sec.central@ch-havre.fr

## 1- IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## 2- DOSSIER MEDICAL

### Informations médicales me concernant (à renseigner obligatoirement)

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à mon hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

### Informations médicales, en tant que représentant légal concernant (à renseigner obligatoirement)

M/Mme \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

En qualité de :  père, mère  
 tuteur

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à l'hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

## 3- MODALITES D'ACCES

Je souhaite :

Retirer les copies aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39 de 8h30 à 16h15)

Que les copies soient adressées, en recommandé\* à mon adresse :  
(Adresse indiquée rubrique 1- "Identité du demandeur").

Que les copies soient adressées, en recommandé\*, au Docteur :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Consulter le dossier aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39)

- Seul (e)  
 Accompagné(e) d'un tiers  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté \_\_\_\_\_  
 Accompagné(e) d'un médecin NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso

Fait au Havre le, ..... Signature :

\* Voir au verso (Facturation)

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Livret de famille
  - ➔ Le cas échéant, un document justifiant de l'autorité parentale
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Document attestant de votre qualité de tuteur

## DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours portés à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Ce délai peut également être de 2 mois dans le cas particulier de la saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

## COMMUNICATION DU DOSSIER

### 1. Consultation et/ou retrait au service des Archives Médicales

Le retrait du dossier se fait uniquement par le demandeur aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod Hall Sud) sur rendez-vous fixé par le service.

### 2. Envoi par courrier

Les dossiers sont adressés en recommandé, au domicile du demandeur ou au médecin désigné.

**Le patient est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).**

## FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004), la consultation du dossier sur place est gratuite. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur :

Copie A4	0,18 €
Radio sur support CD	2,75 €
Radio sur support DVD	2,75 €
Cliché radio papier glacé A4	0,40 €
Cliché radio 36x43	2,84 €

\* Pour un envoi recommandé au demandeur ou au médecin s'ajoutent les frais d'envoi qui varient selon le poids du dossier et le tarif postal en vigueur.

**Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction s'il y en a. Une facture vous sera systématiquement adressée.**

# DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Groupe Hospitalier du Havre  
BP 24 - 76083 LE HAVRE Cédex  
Tél : 02 32 73 34 57 - Email : sec.central@ch-havre.fr

## 1- IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## 2- DOSSIER MEDICAL

- Informations médicales me concernant (à renseigner obligatoirement)**
- Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_
- Relatives à mon hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_
- Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)**
- Dossier assurance
- Dossier FIVA
- Expertise médicale
- Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_
- Informations médicales, en tant que représentant légal concernant (à renseigner obligatoirement)**
- M/Mme \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_
- En qualité de :  père, mère  tuteur
- Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_
- Relatives à l'hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_
- Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)**
- Dossier assurance
- Dossier FIVA
- Expertise médicale
- Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

## 3- MODALITES D'ACCES

Je souhaite :

- Retirer les copies aux Archives Médicales** (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39 de 8h30 à 16h15)
- Que les copies soient adressées, en recommandé\* à mon adresse :**  
(Adresse indiquée rubrique 1- "Identité du demandeur").
- Que les copies soient adressées, en recommandé\*, au Docteur :**  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_
- Consulter le dossier aux Archives Médicales** (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39)
- Seul (e)
- Accompagné(e) d'un tiers  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté \_\_\_\_\_
- Accompagné(e) d'un médecin NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso

Fait au Havre le, ..... Signature :

\* Voir au verso (Facturation)

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Livret de famille
  - ➔ Le cas échéant, un document justifiant de l'autorité parentale
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Document attestant de votre qualité de tuteur

## DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours portés à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Ce délai peut également être de 2 mois dans le cas particulier de la saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

## COMMUNICATION DU DOSSIER

### 1. Consultation et/ou retrait au service des Archives Médicales

Le retrait du dossier se fait uniquement par le demandeur aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod Hall Sud) sur rendez-vous fixé par le service.

### 2. Envoi par courrier

Les dossiers sont adressés en recommandé, au domicile du demandeur ou au médecin désigné.

**Le patient est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).**

## FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004), la consultation du dossier sur place est gratuite. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur :

Copie A4	0,18 €
Radio sur support CD	2,75 €
Radio sur support DVD	2,75 €
Cliché radio papier glacé A4	0,40 €
Cliché radio 36x43	2,84 €

\* Pour un envoi recommandé au demandeur ou au médecin s'ajoutent les frais d'envoi qui varient selon le poids du dossier et le tarif postal en vigueur.

**Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction s'il y en a. Une facture vous sera systématiquement adressée.**

# DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Groupe Hospitalier du Havre  
BP 24 - 76083 LE HAVRE Cédex  
Tél : 02 32 73 34 57 - Email : sec.central@ch-havre.fr

## 1- IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## 2- DOSSIER MEDICAL

### Informations médicales me concernant (à renseigner obligatoirement)

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à mon hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

### Informations médicales, en tant que représentant légal concernant (à renseigner obligatoirement)

M/Mme \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

En qualité de :  père, mère  
 tuteur

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à l'hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

## 3- MODALITES D'ACCES

Je souhaite :

Retirer les copies aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39 de 8h30 à 16h15)

Que les copies soient adressées, en recommandé\* à mon adresse :  
(Adresse indiquée rubrique 1- "Identité du demandeur").

Que les copies soient adressées, en recommandé\*, au Docteur :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Consulter le dossier aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39)

- Seul (e)  
 Accompagné(e) d'un tiers  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté \_\_\_\_\_  
 Accompagné(e) d'un médecin NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso

Fait au Havre le, ..... Signature :

\* Voir au verso (Facturation)

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Livret de famille
  - ➔ Le cas échéant, un document justifiant de l'autorité parentale
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Document attestant de votre qualité de tuteur

## DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours portés à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Ce délai peut également être de 2 mois dans le cas particulier de la saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

## COMMUNICATION DU DOSSIER

### 1. Consultation et/ou retrait au service des Archives Médicales

Le retrait du dossier se fait uniquement par le demandeur aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod Hall Sud) sur rendez-vous fixé par le service.

### 2. Envoi par courrier

Les dossiers sont adressés en recommandé, au domicile du demandeur ou au médecin désigné.

**Le patient est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).**

## FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004), la consultation du dossier sur place est gratuite. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur :

Copie A4	0,18 €
Radio sur support CD	2,75 €
Radio sur support DVD	2,75 €
Cliché radio papier glacé A4	0,40 €
Cliché radio 36x43	2,84 €

\* Pour un envoi recommandé au demandeur ou au médecin s'ajoutent les frais d'envoi qui varient selon le poids du dossier et le tarif postal en vigueur.

**Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction s'il y en a. Une facture vous sera systématiquement adressée.**

# DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Groupe Hospitalier du Havre  
BP 24 - 76083 LE HAVRE Cédex  
Tél : 02 32 73 34 57 - Email : sec.central@ch-havre.fr

## 1- IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## 2- DOSSIER MEDICAL

### Informations médicales me concernant (à renseigner obligatoirement)

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à mon hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

### Informations médicales, en tant que représentant légal concernant (à renseigner obligatoirement)

M/Mme \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_

PRENOMS \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

En qualité de :  père, mère  
 tuteur

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à l'hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

## 3- MODALITES D'ACCES

Je souhaite :

Retirer les copies aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39 de 8h30 à 16h15)

Que les copies soient adressées, en recommandé\* à mon adresse :  
(Adresse indiquée rubrique 1- "Identité du demandeur").

Que les copies soient adressées, en recommandé\*, au Docteur :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Consulter le dossier aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39)

Seul (e)

Accompagné(e) d'un tiers

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Accompagné(e) d'un médecin NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso

Fait au Havre le, ..... Signature :

\* Voir au verso (Facturation)

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Livret de famille
  - ➔ Le cas échéant, un document justifiant de l'autorité parentale
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Document attestant de votre qualité de tuteur

## DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours portés à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Ce délai peut également être de 2 mois dans le cas particulier de la saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

## COMMUNICATION DU DOSSIER

### 1. Consultation et/ou retrait au service des Archives Médicales

Le retrait du dossier se fait uniquement par le demandeur aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod Hall Sud) sur rendez-vous fixé par le service.

### 2. Envoi par courrier

Les dossiers sont adressés en recommandé, au domicile du demandeur ou au médecin désigné.

**Le patient est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).**

## FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004), la consultation du dossier sur place est gratuite. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur :

Copie A4	0,18 €
Radio sur support CD	2,75 €
Radio sur support DVD	2,75 €
Cliché radio papier glacé A4	0,40 €
Cliché radio 36x43	2,84 €

\* Pour un envoi recommandé au demandeur ou au médecin s'ajoutent les frais d'envoi qui varient selon le poids du dossier et le tarif postal en vigueur.

**Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction s'il y en a. Une facture vous sera systématiquement adressée.**



# DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Groupe Hospitalier du Havre  
BP 24 - 76083 LE HAVRE Cédex  
Tél : 02 32 73 34 57 - Email : sec.central@ch-havre.fr

## 1- IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## 2- DOSSIER MEDICAL

### Informations médicales me concernant (à renseigner obligatoirement)

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à mon hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

### Informations médicales, en tant que représentant légal concernant (à renseigner obligatoirement)

M/Mme \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

En qualité de :  père, mère  
 tuteur

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à l'hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

## 3- MODALITES D'ACCES

Je souhaite :

Retirer les copies aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39 de 8h30 à 16h15)

Que les copies soient adressées, en recommandé\* à mon adresse :  
(Adresse indiquée rubrique 1- "Identité du demandeur").

Que les copies soient adressées, en recommandé\*, au Docteur :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Consulter le dossier aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39)

- Seul (e)  
 Accompagné(e) d'un tiers  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté \_\_\_\_\_  
 Accompagné(e) d'un médecin NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso

Fait au Havre le, ..... Signature :

\* Voir au verso (Facturation)

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Livret de famille
  - ➔ Le cas échéant, un document justifiant de l'autorité parentale
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Document attestant de votre qualité de tuteur

## DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours portés à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Ce délai peut également être de 2 mois dans le cas particulier de la saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

## COMMUNICATION DU DOSSIER

### 1. Consultation et/ou retrait au service des Archives Médicales

Le retrait du dossier se fait uniquement par le demandeur aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod Hall Sud) sur rendez-vous fixé par le service.

### 2. Envoi par courrier

Les dossiers sont adressés en recommandé, au domicile du demandeur ou au médecin désigné.

**Le patient est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).**

## FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004), la consultation du dossier sur place est gratuite. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur :

Copie A4	0,18 €
Radio sur support CD	2,75 €
Radio sur support DVD	2,75 €
Cliché radio papier glacé A4	0,40 €
Cliché radio 36x43	2,84 €

\* Pour un envoi recommandé au demandeur ou au médecin s'ajoutent les frais d'envoi qui varient selon le poids du dossier et le tarif postal en vigueur.

**Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction s'il y en a. Une facture vous sera systématiquement adressée.**

# DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au Directeur du Groupe Hospitalier du Havre

BP 24 - 76083 LE HAVRE Cédex

Tél : 02 32 73 34 57 - Email : sec.central@ch-havre.fr

## 1- IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## 2- DOSSIER MEDICAL

### Informations médicales me concernant (à renseigner obligatoirement)

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à mon hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

### Informations médicales, en tant que représentant légal concernant (à renseigner obligatoirement)

M/Mme \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ EPOUSE \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

En qualité de :  père, mère  
 tuteur

Suite à une hospitalisation en date du \_\_\_\_\_ dans le service de \_\_\_\_\_

Relatives à l'hospitalisation en cours dans le service de \_\_\_\_\_

#### Dossier demandé dans le cadre de (à renseigner obligatoirement)

- Dossier assurance  
 Dossier FIVA  
 Expertise médicale  
 Type de document souhaité (ex : scanner, compte-rendu...) \_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

## 3- MODALITES D'ACCES

Je souhaite :

Retirer les copies aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39 de 8h30 à 16h15)

Que les copies soient adressées, en recommandé\* à mon adresse :  
 (Adresse indiquée rubrique 1- "Identité du demandeur").

Que les copies soient adressées, en recommandé\*, au Docteur :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Consulter le dossier aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod/Hall Sud - Tél. 02 32 73 48 39)

- Seul (e)  
 Accompagné(e) d'un tiers  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté \_\_\_\_\_  
 Accompagné(e) d'un médecin NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso

Fait au Havre le, ..... Signature :

\* Voir au verso (Facturation)

# MODALITES D'ACCES

## PIECES A FOURNIR

- Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
- Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineur, joindre obligatoirement copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Livret de famille
  - ➔ Le cas échéant, un document justifiant de l'autorité parentale
- Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre copie :
  - ➔ Pièce d'identité
  - ➔ Document attestant de votre qualité de tuteur

## DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours portés à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Ce délai peut également être de 2 mois dans le cas particulier de la saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

## COMMUNICATION DU DOSSIER

### 1. Consultation et/ou retrait au service des Archives Médicales

Le retrait du dossier se fait uniquement par le demandeur aux Archives Médicales (Hôpital Jacques Monod Hall Sud) sur rendez-vous fixé par le service.

### 2. Envoi par courrier

Les dossiers sont adressés en recommandé, au domicile du demandeur ou au médecin désigné.

**Le patient est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).**

## FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur (article 4-3 de l'arrêté du 5 mars 2004), la consultation du dossier sur place est gratuite. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur :

Copie A4	0,18 €
Radio sur support CD	2,75 €
Radio sur support DVD	2,75 €
Cliché radio papier glacé A4	0,40 €
Cliché radio 36x43	2,84 €

\* Pour un envoi recommandé au demandeur ou au médecin s'ajoutent les frais d'envoi qui varient selon le poids du dossier et le tarif postal en vigueur.

**Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction s'il y en a. Une facture vous sera systématiquement adressée.**