DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL D'UN TIERS
(mineur ou personne sous tutelle)

Direction des relations avec la Patientèle et la Médecine de Ville

1, rue de Germont - 76031 Rouen Cedex
Tél. : 02.32.88.03.67 / @ dm.dcaj@chu-rouen.fr

Afin de satisfaire votre demande de dossier médical concernant un mineur dont vous avez l'autorité parentale ou une personne placée sous votre tutelle. Veuillez compléter ce formulaire et le retourner à la Direction des relations avec la Patientèle et la Médecine de Ville du CHU-Hôpitaux de Rouen.

Je soussigné(e) o M.- o Mme
…….....

Adresse postale ……..

Numéro de téléphone……@.....

Lien avec le patient ……

Identité du patient :

o M.- o Mme, o Enfant …….….. Né-(e) le……

Pièces souhaitées	
❒ ***<u>Si vous ne souhaitez pas obtenir l'intégralité du dossier médical</u>***, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande : o Compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, ou opératoire o Dossier infirmier o Résultats d'examens, précisez lesquels : …….. o Dossier radiologique sur support cédérom Autres pièces, précisez lesquelles : …….	
❒ ***<u>Si vous souhaitez l'intégralité du dossier médical</u>*** o Dossier papier avec le dossier radiologique o Dossier papier sans le dossier radiologique	
Période(s) concernée(s)	**Service(s) concerné(s)**

Mode de communication

❒ Envoi de copies à votre domicile
❒ Envoi de copies à un médecin de votre choix, précisez :
Nom, adresse :……..……
❒ Remise de copies
❒ Consultation sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé)

Motif de la demande

(facultatif, à préciser afin de faciliter la gestion de votre demande)

…….

<u>Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre</u> : *la copie de votre carte nationale d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire, copies de livret de famille et/ou copie intégrale de l'extrait d'acte de naissance, copie du jugement de divorce, copie de l'ordonnance du Juge des Tutelles.*

A ……., le …… SIGNATURE