



**Formulaire de demande de communication de documents médicaux**

N3-009 - V4

Date de dernière diffusion : 01/07/2015

**I. IDENTITE DU DEMANDEUR**

Je soussigné(e), Madame/Monsieur (*nom, prénom, nom de jeune fille*).....  
.....

Né(e) le..... ☎.....  
Domicilié(e).....  
.....

Agissant en tant que :

- Patient
- Représentant légal (*père, mère, tuteur*) de (*nom, prénom*).....
- Ayant droit de (*nom, prénom, nom de jeune fille*).....  
.....

Né(e) le..... Décédé(e) le.....

**II. DEMANDE LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS**

- Le compte-rendu d'hospitalisation du..... au.....
- Le dossier médical : *service(s)*.....  
.....*Année(s)*.....
- Duplicatas des clichés radiologiques (5,50 € par cliché, 0,67 € par CD pour scanner/IRM), précisez lesquels : .....
- Autres documents à préciser.....  
.....

*Renseignements facilitant la recherche : service d'hospitalisation, nom du (des) médecin(s) hospitalier(s)*.....  
.....

**Pour les ayants droit**, préciser les motifs de la requête :

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt. Précisez votre motivation : .....
- Faire valoir vos droits. Précisez lesquels : .....

Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 3 janvier 2007), **seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical répondant au motif invoqué ci-dessus.**

**III. SELON LES MODALITES SUIVANTES**

- Retrait sur place (**sur RDV**)
- Consultation sur place à l'hôpital (**sur RDV**)
- Envoi postal à mon domicile (**frais d'envoi en recommandé à votre charge**)
- Envoi postal au Docteur (*nom, prénom, adresse*).....
- .....

**IV. DOCUMENTS A FOURNIR**

- Photocopie recto verso d'une pièce d'identité ou d'un passeport (en cours de validité) attestant de votre qualité de demandeur.
- Photocopie d'un document prouvant que vous disposez de l'autorité parentale pour les demandes concernant des mineurs.
- Photocopie d'un document attestant de votre qualité d'ayant droit de la personne décédée.

**V. FACTURATION**

La délivrance des photocopies étant à votre charge, une facture vous sera transmise préalablement à la mise à disposition des documents (0,15 € par reproduction papier, 5,50 € pour le duplicata de cliché radiologique, 0,67 € par disque compact pour les scanners et IRM récents).

Si vous souhaitez un envoi postal, le coût en vigueur du recommandé avec accusé de réception vous sera facturé.

**Date :****Signature :**

Formulaire à envoyer au Centre Hospitalier de Compiègne-Noyon  
Direction des Affaires Juridiques  
8 avenue Henri Adnot  
60321 COMPIEGNE Cedex

Pour tout renseignement, veuillez contacter ce numéro :  
**03.44.23.61.29**