



**FORMULAIRE**  
**Demande d'accès à des documents**  
**médicaux**  
**par le patient lui-même**  
**ou par un représentant légal**  
**(parent, tuteur, mandataire)**

Cadre réservé à l'administration :

Reçu le

Direction des Usagers, de la Qualité,  
et de la Gestion des Risques

Je soussigné(e) le demandeur M. / Mme (**nom, prénom, pour les femmes mariées préciser le nom de naissance**) :

NOM : \_\_\_\_\_ NOM de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**Qualité du demandeur** <sup>(1)</sup> :

- Patient  
 Représentant légal (père, mère, tuteur) <sup>(2)</sup>  
 Mandataire <sup>(2)</sup>

Si vous êtes représentant légal ou mandataire, merci de **préciser le nom, nom de naissance et le prénom de la personne soignée** :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

**Demande de copie** :

Dans le cas où votre demande concerne des séjours en particulier, merci de préciser les dates de venues :

\_\_\_\_\_

**Je souhaite obtenir** <sup>(3)</sup> :

- La lettre de liaison** : il s'agit du **compte-rendu de mon hospitalisation** qui précise notamment les dates de séjour et le motif de l'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les traitements prescrits à la sortie et les suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières.
- Les pièces détaillées de mon dossier** : la lettre de liaison, bilans complémentaires, courriers de liaison des professionnels, ordonnance de sortie.
- Le dossier complet comprenant l'ensemble des pièces** (pièces détaillées ci-dessus + éventuelles observations du personnel infirmier et autres professionnels de santé)

**Modalités de transmission** :

- Je souhaite :  consulter sur place les documents médicaux <sup>(4)</sup>  
 récupérer sur place les documents médicaux <sup>(4)</sup>  
 obtenir par voie postale la copie des documents médicaux (RAR ou Colissimo)



Pour un envoi par voie postale les documents doivent être adressés <sup>(3)</sup> (les documents seront adressés au nom et prénom du demandeur avec accusé de réception) :

- à mon domicile  
 à l'adresse suivante :

Dans le cas de l'obtention d'une première copie sans frais, je reconnais accepter pour une nouvelle demande, le principe du règlement pour la duplication des pièces et les éventuels frais d'envois postaux en recommandé.

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### **Date et Signature :**

(1) *Cochez la case correspondante*

(2) *Seule une personne autorisée légalement peut accéder au dossier médical d'une autre personne. Il s'agit exclusivement du titulaire de l'autorité parentale pour un patient mineur, du tuteur ou d'une personne expressément mandatée par le patient.*

(3) *un seul choix possible*

(4) *RDV à prendre avec le secrétariat du service des usagers au 05 56 56 34 88, une pièce d'identité valide sera demandée lors du rendez-vous*

### **Pièces et Justificatifs à fournir :**

- Copie recto-verso de la carte d'identité, carte de séjour ou passeport valide  
 Justificatif d'adresse de moins de 3 mois, si l'adresse postale est différente de celle figurant sur votre pièce d'identité

En plus, dans l'hypothèse où vous formulez une demande en tant que représentant légal ou en tant que mandataire pour le compte du patient, vous devrez nous communiquer les justificatifs suivants :

<b>Demandeur</b>	<b>Justificatifs supplémentaires</b>
Le titulaire de l'autorité parentale	- la copie intégrale du livret de famille (parents + enfants) ou acte de naissance - carte d'identité recto-verso du titulaire de l'autorité parentale demandeur valide - en cas de divorce ou séparation du parent, décision de justice définissant la situation juridique des parents
Le tuteur	- l'ordonnance intégrale du juge des contentieux de la protection comportant la mention d'une charge portant sur la personne - carte d'identité recto-verso du tuteur valide
L'habilité familial	- l'ordonnance du juge des contentieux de la protection, comportant la mention d'une représentation générale ou portant sur la personne - carte d'identité recto-verso de l'habilité familial valide
Le mandataire de protection future	- la preuve d'un mandat activité avec mention d'un rôle de représentant portant sur la personne - carte d'identité recto-verso du mandataire valide
Le tiers désigné par le patient	- Mandat exprès signé par le patient - carte d'identité recto-verso du tiers désigné valide

### **Nous contacter :**

#### **Par courrier**

**Monsieur Le Directeur  
Centre Hospitalier Charles Perrens  
Service Usagers-Archives  
121 rue de la Béchade  
CS 81285  
33076 BORDEAUX CEDEX**

#### **Par téléphone ou mail Service Usagers-Archives :**

**Tél : 05.33.57.80.03**

**Mail : [dossier.medical@ch-perrens.fr](mailto:dossier.medical@ch-perrens.fr)**