

## Identité

Je soussigné(e) Mme/M. (nom, prénoms, nom de naissance) -----  
-----

Date de naissance -----

Domicilié(e) -----

----- Tél. -----

Agissant en tant que :

Patient

Représentant légal (père, mère, tuteur) de (nom et prénom) -----  
né(e) -----

Ayants droits de (nom, prénom, nom de naissance) -----  
né(e) ----- décédé(e) -----

**MOTIF** de la demande de communication (pour les ayants droits)

Faire valoir ses droits

Défendre la mémoire du défunt

Connaître les causes de la mort

**Délai réglementaire pour obtenir son dossier :**

- 8 jours dossier de moins de 5ans
- 2 mois dossier de plus 5ans

**Si RDV programmé** : date .....

## Pièces demandées

**Intégralité du dossier médical**

**AVEC** le dossier radiologique

**SANS** le dossier radiologique

**Des éléments du dossier médical** : merci de cocher ci-dessous les pièces demandées :

Compte rendu d'hospitalisation     Compte rendu de consultation     Compte rendu opératoire

Dossier infirmier

Dossier radiologique : à préciser     Compte rendu de radiologie     Images sur CD ROM

Résultats d'examens : précisez lesquels -----  
-----  
-----

Autres pièces : à préciser

-----  
-----  
-----

## Périodes et Services souhaités

Dates	Service

**Vous pouvez joindre les documents demandés ainsi que ce formulaire par mail :**

[secretariat.clientele@ch-roanne.fr](mailto:secretariat.clientele@ch-roanne.fr)

## Mode de transmission

- Envoi des copies à votre domicile (en courrier recommandé avec frais à votre charge)
- Souhaite venir chercher copies au Centre Hospitalier : merci d'indiquer votre n° de téléphone
- Envoi des copies à un médecin de votre choix (nom et adresse) : -----  
-----  
-----
- Consultation sur place (vous pouvez être accompagné du médecin médiateur ou d'un autre praticien)

## IMPORTANT

**Votre demande doit être impérativement accompagnée des pièces indiquées par le secrétariat des Relations avec les usagers en fonction de la situation évoquée.**

*Les **photocopies (0,18 €)**, les **radiographies (gravées sur CD ROM 2,75 €)** et l'envoi postal en courrier recommandé du dossier médical est à la charge du demandeur.*

*Une facture vous sera transmise à la remise ou à l'envoi des documents.*

Date :

**Signature obligatoire du patient ou de l'ayant-droit :**

*Joindre obligatoirement une copie de votre carte d'identité (recto-verso)*