

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL A UN AYANT DROIT

Formulaire à retourner à [secretariatdg@ch-ardeche-nord.fr](mailto:secretariatdg@ch-ardeche-nord.fr)

Je soussigné(e), Nom....., Prénom.....

Né(e) le .....

Domicilié(e) .....

Téléphone : ..... Mail : .....

**Préciser le lien de parenté** ou la nature des relations avec la personne décédée : .....

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>Frais de gestion</b>                                     | <b>5,00 €</b>            |
| <b>Prix unitaire de la photocopie :</b>                     | <b>0,18 €</b>            |
| <b>Prix unitaire du cliché radiographique :</b>             | <b>5,50 €</b>            |
| <b>Prix unitaire du CDROM</b>                               | <b>5,00 €</b>            |
| <b>Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception :</b> | <b>Tarif de la Poste</b> |

**Demande à Monsieur le Directeur du centre hospitalier d'ANNONAY la communication du dossier médical de :**

Mme, Melle, M. (*barrée les mentions inutiles*) Nom..... Prénom.....

Né(e) le : .....

Décédé(e) le : .....

**Pour le motif suivant** (*préciser obligatoirement*) : .....

➤ Période(s) d'hospitalisation : Du ..... Au .....  
Du ..... Au .....  
Du ..... Au .....

➤ Service(s) – Médecin(s) : .....

**Pièces demandées** (*cochez la case correspondante*) :

- compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation(s) et divers courriers
- compte(s)-rendu(s) opératoire(s)
- examens biologiques
- examens divers (exemple : échographie, fibroscopie, gastroscopie, coloscopie...)
- clichés radiographiques, scanographiques, I.R.M. ...
- autres (*préciser*) : .....

**Pièces à produire :** - Pièce d'identité  
- Certificat de décès  
- Livret de famille (*au besoin avec mention des enfants*)  
- Certificat d'hérédité ou tout acte établi par un notaire.

**Je souhaite** (*cochez la case correspondante*) :

- consulter** ce dossier au centre hospitalier d'ANNONAY.
- qu'une **copie** de ce dossier me soit adressée à **mon domicile**, sous pli recommandé et à mes frais.
- retirer** la copie du dossier au **Centre Hospitalier d'Ardèche Nord**, à mes frais.

Fait à ....., le .....

Signature du demandeur

**Sauf envoi postal, tout retrait de dossier médical doit se faire par le demandeur lui-même. Si le demandeur est dans l'incapacité de retirer lui-même le dossier, il peut désigner une personne pouvant retirer le dossier à sa place. Cette personne devra se présenter lors du retrait avec sa pièce d'identité et un courrier manuscrit du demandeur donnant son accord.**