Contact :
Service Qualité Gestion des Risques
02.98.62.61.60 / poste 7430
qualite@ch-morlaix.fr

Notice :
Dans le cadre de votre demande de dossier médical, merci de nous faire retour du présent formulaire complété ainsi que des pièces justificatives nécessaires au traitement de votre demande.

Le tout étant à renvoyer à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier des Pays de Morlaix – Service Qualité
15 Rue Kersaint Gilly – BP 97 237
29672 MORLAIX CEDEX

Pièces justificatives à fournir en complément de ce formulaire :

☒ **L'une des pièces justificatives de l'état civil et de la nationalité suivantes du demandeur tuteur :**

- **Livret de famille** régulièrement tenu à jour et revêtu de l'une des mentions prévues à l'article 28 du code civil pour le ou les titulaires du livret de famille et, le cas échéant, pour leurs enfants mineurs
- **Carte nationale d'identité** en cours de validité
- **Passeport** en cours de validité
- **Carte d'ancien combattant ou carte d'invalide de guerre ou carte d'invalide civil**
- **Copie ou extrait de l'acte de naissance** revêtu de l'une des mentions prévues à l'article 28 du code civil.

☒ **Une copie du jugement de mise sous tutelle** du patient concerné ou d'une attestation

Informations concernant le tuteur :

NOM : **Prénom(s) :**

Adresse :

Code Postal / Ville :

Numéro de téléphone :

Informations concernant le patient :

NOM : **Prénom(s) :**

Date de naissance :

Service(s) d'hospitalisation :

Dates(s) d'hospitalisation :

Nom du médecin :

Choix des modalités de mise à disposition des éléments demandés :

Vous souhaitez :
Consulter votre dossier sur place au Centre hospitalier (compléter le tableau 1) ☐
Obtenir un duplicata de tout ou partie des pièces de votre dossier (compléter le tableau 2) ☐

TABLEAU 1 - CONSULTATION SUR PLACE AU CENTRE HOSPITALIER

Cette consultation n'est possible qu'après la présentation d'une pièce d'identité

La consultation du dossier s'effectue au secrétariat du service concerné par votre demande
Si votre demande concerne plusieurs services différents, elle est organisée au secrétariat de votre dernière hospitalisation.

Cette consultation de dossier peut être réalisée (cochez l'option choisie) :
En présence d'une secrétaire ☐ En présence d'un médecin ☐

Si vous souhaitez que des copies de certains documents soient réalisées, celles-ci vous seront facturées conformément aux tarifs mentionnés au tableau 2.
Vous pourrez en disposer dans les jours suivants, soit sur place auprès du secrétariat concerné, soit par envoi en contre-remboursement

TABLEAU 2 - OBTENIR UN DUPLICATA DE TOUT OU PARTIE DU DOSSIER

Les frais de duplication, aux tarifs mentionnés ci-dessous, et d'expédition sont **à la charge du demandeur.**

NOTA : ***La réalisation de copies de l'intégralité des pièces d'un dossier est susceptible de représenter une somme conséquente, en fonction de la durée de votre ou de vos différentes hospitalisations ou consultations et du nombre d'examens réalisés. La reproduction des clichés radiologiques vient majorer d'autant le coût de copie des documents papier.***

Ces pièces confidentielles, peuvent vous être (cochez l'option souhaitée) :

- Remises en mains propres au Centre Hospitalier sur présentation d'une pièce d'identité ☐
  Contre paiement des frais de duplication.
- Expédiées à votre adresse en recommandé avec accusé de réception ☐
  Contre paiement lors de la réception des frais de la duplication et d'expédition majorés de la taxe postale en vigueur

Pour le paiement, libellez votre chèque **au nom du Trésor Public.**

Photocopie (tarif : 0,20 € par feuille au format A4 et 0,40 € par feuille au format A3)
Parmi les options suivantes, cochez celles qui correspondent à votre demande :

- Compte-rendu d'hospitalisation ☐
- Compte-rendu opératoire ☐
- Dossier d'anesthésie ☐
- Observations médicales ☐
- Synthèse des résultats biologiques les plus récents ☐
- Ensemble des résultats biologiques ☐
- Compte(s)-rendu(s) d'examens ☐
- Dossier de soins infirmiers ☐ (Le nombre de feuillets du dossier de soins infirmiers est susceptible d'être élevé et d'augmenter notablement les frais de copie).
- Radiologique (précisez le ou lesquels) ☐

- Autre(s) (précisez le ou lesquels) ☐

Contretypes de clichés radiologiques (5,20 € par cliché) / copie de cédérom (4,00 € par CD)
Précisez le ou les examens concernés :

Date : **Signature** :