



# CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

Place du Professeur Robert Debré 30029 NÎMES Cedex 9

## *Direction de la Clientèle Secrétariat de la Communication du Dossier Médical*

### DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Tél. 04 66 68 42 18 - Fax 04 66 68 40 30

com.dossier@chu-nimes.fr

La Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et l'Arrêt du Conseil d'Etat en date du 26 septembre 2005 vous donnent la possibilité soit de (merci de cocher votre choix) :

- Consulter votre dossier sur place en présence d'un médecin hospitalier.
- Recevoir la copie de votre dossier médical par envoi postal recommandé.
- Récupérer la copie de votre dossier médical au secrétariat situé au Rez de Chaussée Tour C – Carémeau Nord. A défaut de votre venue, un envoi de votre dossier sous pli recommandé vous sera facturé.

*Aucune information médicale ne sera transmise par mail ni par fax afin de garantir la confidentialité et le secret du dossier médical.*

#### I. Dossier médical de :

Nom de naissance : .....

Nom d'épouse : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date d'hospitalisation : .....

*Pour les personnes décédées, hors CHU de Nîmes merci de fournir le certificat de décès.*

#### II. Demande faite par :

*Tous les champs ci-dessous sont obligatoires pour un meilleur traitement de votre demande*

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Commune : ..... Code Postal : .....

Tél : ..... Mail : .....

#### Vous agissez en tant que : (cochez la case correspondante)

- Patient** : fournir photocopies carte identité recto verso ou passeport
- Représentant légal** : - Père ou mère (fournir photocopie livret de famille et/ou jugement de divorce)  
- Tuteur (fournir la photocopie de décision du tribunal)
- Ayant droit** La réglementation en vigueur (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, arrêt du Conseil d'Etat en date du 26 septembre 2005) autorise la communication aux ayants droit d'une personne décédée des seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi, parmi trois motifs possibles (merci de cocher le motif qui vous correspond) :

- Connaître les causes de la mort,
- Défendre la mémoire du défunt,
- Faire valoir vos droits.

Dans tous les cas, fournir un acte de notoriété pour justifier de votre qualité d'ayant droit (Art 731 et suivants du code Civil).

**III. Documents demandés :**

☞ *Tout dossier médical est composé essentiellement de : Compte rendu hospitalisation, Compte rendu opératoire, Courriers médecins, Résultats laboratoires, Clichés de radiologies, Compte rendu de radios, Dossier infirmier, Anatomopathologie.*

**Votre demande concerne donc :**

L'intégralité du dossier

**ou**

Les pièces essentielles (*merci de préciser ci-dessous*) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**IV. Frais d'envoi et de copies (prix à l'unité) :**

<b>Envoi (recommandé A/R)</b>	selon tarifs de la poste en vigueur*
<b>Photocopie (prix unitaire) Format A4</b>	<b>0,20 €</b>
<b>Photocopies (prix unitaire) Format A3</b>	<b>0,30 €</b>
<b>Photographie (prix unitaire)</b>	<b>2,22 €</b>
<b>Cédérom, DVD (prix unitaire) + image radiographique scannée (prix unitaire)</b>	<b>3,54€ 1,01€</b>

<b>*Jusqu'à</b>	
<b>20 G</b>	<b>4,85€</b>
<b>50 G</b>	<b>5,27€</b>
<b>100 G</b>	<b>5,83€</b>
<b>250 G</b>	<b>6,86€</b>
<b>500 G</b>	<b>7,80€</b>
<b>1000 G</b>	<b>8,89€</b>
<b>2000 G</b>	<b>10,24€</b>
<b>3000 G</b>	<b>11,29€</b>

☞ *Dans tous les cas la délivrance de photos, CD Rom et les frais d'envoi sont à la charge du demandeur.*

**Important :**

**La signature de ce formulaire implique l'acceptation de votre part du paiement des frais de traitement et de copie.**

Date :

Signature :