

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL (Patient non hospitalisé)

A retourner, accompagné des justificatifs à l'adresse :

Centre Hospitalier de Mayotte – Direction de la Qualité et des Relations avec les Usagers

Rue de l'hôpital – BP 04 – 97600 Mamoudzou

Courriel : relations-usagers@chmayotte.fr - Téléphone : 02 69 64 80 70

I – RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : ☐ Patient ☐ Tuteur ☐ Représentant légal ☐ Ayant-droit

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

II- RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance : IPP (si connu) :

Date d'hospitalisation concernée par la demande (obligatoire):

Cas particulier :

Si ayant-droit, patient décédé le (date) :

III- JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE (Obligatoire)

Patient :

- Copie recto-verso de la pièce d'identité officielle en cours de validité (CNI – Passeport, etc).

Représentants d'un mineur :

- Copie recto-verso de la pièce d'identité du parent
- Copie du livret de famille (partie parents et enfant) ou justificatif attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale (extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois, jugement de divorce).

Représentants légaux d'un patient sous tutelle :

- Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur **et** de celle du patient,
- copie du jugement de tutelle

Ayant-droit :

- Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et copie de l'acte de décès et suivant sa qualité
☐ Copie du livret de famille (*enfant du défunt ou son époux/épouse*)
☐ Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (*partenaire du défunt*)
☐ Certificat d'hérédité / acte notarié (*héritier autre*)

La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient, de son vivant, s'y est opposé.
Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent.

A cette fin, il est nécessaire d'indiquer le motif de la demande, parmi les trois suivants :

- ☐ Connaître les raisons du décès ☐ Défendre la mémoire du défunt ☐ Faire valoir vos droits

IV : LES ELEMENTS DEMANDES (A cocher)

☐ Compte-rendu d'hospitalisation (<i>gratuit</i>)
☐ Compte-rendu opératoire (<i>gratuit</i>)
☐ Lettre de sortie (<i>gratuit</i>)
☐ Résultats d'examens (précisez) :
☐ Imagerie médicale (précisez) : ☐ compte-rendu (<i>gratuit</i>) ☐ CDROM
☐ Intégralité du dossier (avec CDROM si existant) ☐ Intégralité du dossier (sans CDROM si existant)
☐ Autre : Précisez

En cas de difficultés pour remplir cette partie, le médecin DIM reste à votre disposition pour plus d'informations (Dr Anne-Marie DE MONTERA 02 69 61 80 00, poste 3811).

V : LES MODALITES DE COMMUNICATION

Tarif : les copies sont facturées à

- 0,20€ page A4 N/B
- 0.40€ page A3 N/B
- 2.80€ CD- ROM

L'envoi par courrier postal (LR/AR) est facturé au tarif en vigueur.

Vous souhaitez (à cocher) :

- ☐ Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception (frais d'envoi postal en LR/AR facturés au tarif en vigueur)
- ☐ Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone.
- ☐ Une consultation sur place : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone
- ☐ Un envoi à un médecin de votre choix (frais d'envoi postal en LR/AR facturés au tarif en vigueur)

Précisez ses coordonnées :

.....

.....

.....

.....

Je, soussigné(e), M reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

Date :

Signature (manuscrite obligatoire)

CADRE RÉSERVÉ AU CHM

Validation administrative de la demande.

Date :

Directeur des Soins, de la Qualité et des Relations avec les Usagers

Aynoudine SALIME,