

**1. Identification du demandeur :**

Je soussigné(e) (Nom-Prénom) : .....

Né(e) le ..... à .....

Domicilié(e) : .....

N° de téléphone : .....

Demande à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Fougères la communication du dossier médical de :

Mme, Melle ou M. (Nom - Prénom) : .....

Né(e) le : ..... à .....

Périodes et services de consultations ou d'hospitalisations		
Date de la consultation ou de l'hospitalisation	Nom du médecin	Service d'hospitalisation ou de consultation

**Joindre :**

- **une copie carte d'identité, du passeport (recto-verso)**
- **un justificatif attestant du domicile**

**Préciser le lien avec la personne ci-dessus :**

- Conjoint survivant  
*(Joindre certificat d'hérédité ou acte de notoriété, pièce d'identité recto verso)*
- Enfant de la personne décédée  
*(Joindre copie livret de famille)*
- Représentant de l'autorité parentale  
*(Joindre copie des pièces suivantes : pièce d'identité recto verso, livret de famille et/ou copie intégrale d'acte de naissance, acte de jugement, acte de communauté de vie)*
- Médecin traitant  
*(Joindre n° inscription au Conseil de l'Ordre)*
- Tuteur  
*(Joindre ordonnance du tribunal et attestation nominative si en association, copie pièce d'identité et de l'ordonnance du Juge des Tutelles)*

**Si cette personne est décédée :**

Date du décès : le ..... à .....

Préciser **obligatoirement** le motif de la demande :

- Faire valoir ses droits       Connaître la cause du décès       Défendre la mémoire du défunt

**Joindre :**

- *certificat de décès*
- *certificat d'hérédité auprès de la mairie ou acte de notoriété auprès du notaire*
- *pièce d'identité recto verso*

**2. Demande :**

Je demande à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Fougères la communication du dossier médical sous huit jours, ou deux mois si les informations remontent à plus de cinq ans (loi du 4 mars 2002 sur le droit du malade et la qualité du système de santé) :

- Intégralité** du dossier médical
  - Dossier papier avec le dossier radiologique
  - Dossier papier sans le dossier radiologique
- Si vous ne souhaitez **pas** obtenir **l'intégralité** du dossier médical, *cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :*
  - Compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, ou opératoire
  - Dossier paramédical
  - Résultats d'examens, précisez lesquels : .....
  - Dossier radiologique : clichés radiographiques ou sur support numérique
  - Autres pièces, précisez lesquelles : .....

**Les copies seront facturées au tarif en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.**

**Les tarifs 2020 sont :**

Frais de reproduction : tarif à la photocopie	0,30 €
Prix unitaire du cliché radiologique	4,30 €
Prix unitaire CDROM ou DVDROM	3,40 €
Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarif de la Poste

Un forfait minimum de 5€ sera facturé correspondant à des frais de gestion.

### 3. Transmission/Communication :

Cochez la case correspondante

- Adresser la copie du dossier à mon domicile.
- Adresser la copie du dossier au médecin traitant :  
Nom .....  
Adresse : .....
- Consulter le dossier médical au Centre Hospitalier de Fougères  
(un accompagnement médical sera proposé)
- Obtenir des copies du dossier médical sur place

La consultation sur place des dossiers médicaux est gratuite et peut être l'occasion d'un échange avec un praticien.

<b><u>Demande par le Conjoint survivant :</u></b>	
A ....., le .....	Signature:
<b><u>Demande par un Enfant de la personne décédée :</u></b>	
A ....., le .....	Signature:
<b><u>Demande par le Médecin traitant :</u></b>	
A ....., le .....	Signature :
<b><u>Demande par les représentants de l'autorité parentale avec le consentement de la personne mineure</u></b>	
A ....., le .....	Signature du représentant de l'autorité parentale :
A ....., le .....	Signature du mineur :
<b><u>Demande par le tuteur avec l'accord de la personne, en fonction de ses facultés de discernement</u></b>	
A ....., le .....	Signature du tuteur :
A ....., le .....	Signature du majeur protégé (facultatif) :

### Document à retourner

à l'attention de Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de FOUGERES  
133, rue de la forêt – CS 20606 – 35306 FOUGERES

**Cadre réservé à la Direction du Centre Hospitalier de Fougères**

Formulaire reçu le : .....

Par : Nom et signature

Formulaire reçu aux Archives le : .....

Par : Nom et signature

Documents envoyés le : .....

Par : Nom et signature