

Numéro de chrono :

**Formulaire de demande d'accès au dossier médical**

Pour obtenir communication de votre dossier médical, veuillez nous retourner ce formulaire dûment complété, daté et signé, accompagné des pièces nécessaires (voir page 2), par courrier/ mail.

Centre Hospitalier de Saint-Denis  
Direction Affaires Juridiques et Droits des Patients  
Mme BRIAND.P  
2, rue du Dr Pierre Delafontaine  
93 200 Saint-Denis cedex  
Tél : 01.42.35.64.25 ligne directe  
Mail : [patricia.briand@ch-stdenis.fr](mailto:patricia.briand@ch-stdenis.fr)

ou vous adresser directement au bureau 112  
Bâtiment A – 1er étage  
- **Horaires d'ouverture au public**  
**Lundi – mardi de 13h30 à 16h00 (fermé le matin)**  
**Mercredi – jeudi – vendredi de 9h00 à 12h00**  
**(Fermé l'après-midi)**

**Coordonnées du demandeur :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Adresse mail : .....@.....

**Votre demande concerne :**

- Vous-même
- Patient mineur, sous tutelle, autre (précisez) : .....

**Identité du patient :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../.....

**Les éléments du dossier dont vous demandez copie (à cocher) :**

- Compte-rendu d'hospitalisation du ..... au .....
- Résultats d'examen (précisez) : .....
- Radiographies : .....
- Autres pièces (précisez) : .....
- Intégralité du dossier. Précisez la date du / des séjour(s) : .....
- Pour une consultation sur place (un rendez-vous sera proposé par téléphone ultérieurement)

### **Les modalités de communication :**

**Délai :** Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours ;  
Ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum

**TARIFS :** • Les **copies** sont facturées **0,20 euros l'unité** • Les **CD** reproduits sont facturés **1,25 euros l'unité**  
Vous souhaitez (à cocher) :

- Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception (Frais d'envoi postal à la charge du patient)  
 Une remise en main propre (Un rendez-vous vous sera proposé par téléphone)

## **LES PIÈCES A FOURNIR**

### **Patient**

---

- ✓ Copie recto-verso de la pièce d'identité

### **Représentants d'un mineur**

---

- ✓ Copie recto-verso de la pièce d'identité du parent demandeur
- ✓ Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient mineur
- ✓ Copie du livret de famille (partie parents et enfant)

### **Représentants légaux d'un majeur sous tutelle**

---

- ✓ Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur
- ✓ Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient
- ✓ Copie du jugement de tutelle

### **Patient décédé**

---

- ✓ Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur
- ✓ Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient décédé
- ✓ Copie de l'acte de décès
- ✓ Copie du livret de famille ou autre document attestant de filiation entre le demandeur et le patient décédé

*Dans le cas d'un patient décédé, le demandeur est tenu de préciser les raisons de sa demande.  
En effet, la loi ne fait pas obstacle à la communication du dossier médical à un ayant droit qui souhaiterait :*

- Connaître les raisons de la mort
- Défendre la mémoire du défunt
- Ou faire valoir ses droits

Date de la demande : .../.../...

Signature du demandeur :