



Centre  
Hospitalier  
Saint-Brieuc

**DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES,  
DE LA COMMUNICATION ET DES  
RELATIONS AVEC LES USAGERS ET  
ASSOCIATIONS**

Communication des dossiers médicaux

Secrétariat :  
02.96.01.84.42

FAX : 02.96.01.75.14

e-mail :

[communication.dm.stbrieuc@armorsante.bzh](mailto:communication.dm.stbrieuc@armorsante.bzh)

**Demande de communication de  
documents médicaux**

Destinataire

La loi du 4 Mars 2002 permet au patient l'accès direct à son dossier médical.

La copie des éléments du dossier vous sera délivrée, après étude, dans un délai de 8 jours suivant la réception de ce formulaire complété et accompagné des justificatifs sollicités. Le délai peut être porté à 2 mois pour des informations médicales datant de plus de 5 ans.

Je soussigné(e)

Mme

Mr

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Né(e) le : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal .....

**Demande la communication**

**De mon dossier médical pour le motif suivant** : (facultatif)

Continuité des soins

Information

Expertise

Autre

**Du dossier médical de :**

Nom : ..... Prénom.....

Nom de naissance : .....Né(e) le : .....

**Je suis :**

Personne ayant l'autorité parentale

Tuteur (trice)

Ayant-droit d'une personne décédée :

***Dans ce cas, motivez votre demande (obligatoire)***

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

***Pour quel motif*** (pour permettre à l'équipe médicale d'identifier les documents répondant à cet objectif)

.....

Faire valoir ses droits

***Précisez lesquels*** (pour permettre à l'équipe médicale d'identifier les documents répondant à cet objectif)

.....

***Rappel aux ayants droits : conformément à la réglementation, vous n'aurez accès qu'aux seuls éléments du dossier médical permettant de répondre au motif avancé***

Personne mandatée par le patient ou par l'un des titulaires du droit d'accès.

**Demande de communication de documents médicaux**

**Nature de la demande**

**Dates d'hospitalisation concernant votre demande :**

Du..... au..... Service..... Médecin.....

Du..... au..... Service..... Médecin.....

**Date(s) de consultation :**

Le..... Service.....Médecin.....

**Vous souhaitez communication des éléments suivants :**

- courriers médicaux       compte-rendu opératoire       examens paracliniques  
(ex : électromyogramme, ECG...)
- radiographies       compte rendu d'examen radiologique       examens de laboratoire
- Autres.....

**Les documents contiennent des informations à caractère strictement confidentiel, la décision de communiquer ces éléments à des tiers sera de votre seule responsabilité.**

**Pièces à joindre obligatoirement à votre demande**

⇒ **Dans tous les cas, la photocopie de vos papiers d'identité recto verso (carte d'identité ou passeport).**

⇒ Ayant droit d'une personne décédée :

- Pour le conjoint et les enfants : **la photocopie de l'entier livret de famille,**
- En cas de PACS : **le certificat du PACS,**
- En cas de concubinage : **un certificat de concubinage ou tout document prouvant la vie commune,**
- Pour les autres : **acte notarié (certificat d'hérédité).**

⇒ Titulaire de l'autorité parentale : **photocopie de l'entier livret de famille.**

⇒ Tuteur (trice) : **l'ordonnance du juge vous désignant en tant que tel.**

⇒ Personne mandatée par le patient ou par l'un des titulaires du droit d'accès : **mandat exprès.**

**Frais de reproduction et d'envoi – mode de communication des éléments du dossier médical**

**Le coût de reproduction des éléments du dossier médical et de son envoi seront à votre charge, selon les tarifs suivants :**

- ✓ 0.18 € pour un format A4 noir et blanc recto
- ✓ 0.36 € pour un format A3 noir et blanc recto
- ✓ 2.75 € pour un CD-Rom
- ✓ + Frais d'envoi recommandé avec A.R. ou retrait sur place sur présentation d'une pièce d'identité et contre signature.

**Ce document est à retourner par courrier ou messagerie au Service Communication des Dossiers Médicaux – Hôpital Yves Le Foll - 10 rue Marcel Proust – 22027 SAINT BRIEUC CEDEX**

mail : communication.dm.stbrieuc@armorsante.bzh

Date de la demande : .....

Signature :

**Cadre réservé à l'administration**

- Réf. : DG/DO/AL/ND/      Date :      Demande via Internet
- Date de réception de la demande dans le service : .....
- Pièces manquantes : .....
- Date réception pièces manquantes : .....
- Date d'envoi des documents : .....