

# DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES A UN DOSSIER PATIENT MINEUR

**IMPRIME à RETOURNER par le DEMANDEUR à la DIRECTION d'ETABLISSEMENT  
à l'adresse suivante : Centre hospitalier Francis Robert – Direction générale  
160 Rue du Verger – 60229 – 44156 ANCENIS - Cedex**

## IDENTITE DU DEMANDEUR ①

NOM DU PERE ② : .....

PRENOMS : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

Code Postal : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/

VILLE : .....

NOM DU TUTEUR ③ : .....

PRENOMS : .....

ADRESSE : .....

.....

Code Postal : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/

VILLE : .....

NOM DE LA MERE ② : .....

PRENOMS : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

Code Postal : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/

VILLE : .....

## IDENTITE DU PATIENT MINEUR

NOM DE FAMILLE : .....

PRENOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/

LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

Code Postal : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/ VILLE : ..... TELEPHONE : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

**Cadre Réservé à l'Administration**

N°IPP : .....

Présence d'une tierce personne recommandée par le médecin hospitalier :  oui  non

① - Joindre copie de la carte d'identité, passeport ou permis de conduire.

② - Joindre copie du livret de famille.

③ - Joindre copie du jugement de tutelle.

### SERVICES DE SOINS FREQUENTES

DESIGNATION DES SERVICES	PERIODES					
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année

### MODALITES DE COMMUNICATION

Modalités de communication :

Par envoi d'une copie <sup>②</sup> :

à moi-même

à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées)

Nom et prénoms du médecin désigné .....

Code Postal : . / / / / / / / VILLE : .....

Par communication sur place <sup>③</sup> de préférence le : *(la date retenue vous sera communiquée ultérieurement)*

Mardi de 9 H 00 à 12 H 00 )

Mardi de 14 H 00 à 17 H 00 )

Jeudi de 9 H 00 à 12 H 00 )

Jeudi de 14 H 00 à 17 H 00 )

Serez-vous accompagné d'un tiers :

OUI  NON

Médecin présent : coordonnées, nom et prénom .....

Fait à .....

Le : .....

Signature :

- ② - S'i l'envoi est supérieur à 20 copies, la photocopie est facturée 0,15 €
- ③ - Aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier

<b>DESIGNATION DES PIECES DU DOSSIER PATIENT SOUHAITEES</b>	
<input type="checkbox"/> Comptes rendus de consultation <input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Comptes rendus opératoires <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie <input type="checkbox"/> Courriers échangés entre professionnels de santé	<input type="checkbox"/> Informations relatives aux soins infirmiers <input type="checkbox"/> Copies des radiographies <input type="checkbox"/> Copies des comptes rendus d'examens complémentaires (biologie, radiologie...) <input type="checkbox"/> Autres pièces : ..... ..... ..... .....

**DECISION DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT**  
(CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION)

**ACCEPTATION**

- Sans conditions
- Avec recommandations : présence d'un médecin
- Avec demande du mineur que l'accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le demandeur

(envoi ou consultation sur place). Nom du médecin désigné :... ..

Date de transmission des informations demandées :

- au demandeur :            /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/
- au médecin désigné        /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Date de consultation du dossier patient sur place : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/      Lettre du :

Précisions sur le ou les pièces communiquées et les séjours concernés :

Comptes rendus de consultation

Comptes rendus d'hospitalisation

Comptes rendus opératoires

Dossier d'anesthésie

Courriers échangés entre professionnels de santé

Informations relatives aux soins infirmiers

Copies des radiographies

Comptes rendus d'examen complémentaires (biologie, radiologie...)

Autres pièces

**REFUS**

Date : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office et nécessité de la présence d'un médecin

Motifs :

Opposition du mineur (article L 1111-5 du code de la santé publique)

Opposition maintenue après sollicitation médicale

Hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office et nécessité de la présence d'un médecin

Date :

Signature :

## FRAIS DE FACTURATION DE LA COMMUNICATION DE PIÈCES DU DOSSIER PATIENT

Volet destiné à la Direction des Affaires Financières - Copie à communiquer par la Direction d'Établissement au demandeur

### Relevé du nombre de copies

	Nombre de pages
<input type="checkbox"/> Compte rendu de consultation	_____
<input type="checkbox"/> Compte rendu d'hospitalisation	_____
<input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire	_____
<input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie	_____
<input type="checkbox"/> Courriers échangés entre professionnels de santé	_____
<input type="checkbox"/> Informations relatives aux soins infirmiers	_____
Total des pages	_____
Prix de la reproduction	_____ X 0,15 €

**Total A**

€

### Clichés radiographiques

<input type="checkbox"/> Clichés radiographiques de format 24X30 cm	_____	
<input type="checkbox"/> Clichés radiographiques de format 36X43 cm	_____	
Total des clichés radiographiques (24x30)	_____ X 1,68 € =	<input type="text"/>
Total des clichés radiographiques (36x43)	_____ X 3,51 € =	<input type="text"/>

**Total B**

€

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Date de communication : .....

**Total A, B**

€



## PRET DE CLICHES RADIOGRAPHIQUES ET/OU ECHOGRAPHIQUES

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Agissant pour le compte de :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Lien de parenté ou de responsabilité légale : .....

souhaite disposer des clichés de radiographies et/ou échographies

et m'engage à les restituer au Centre hospitalier d'Ancenis dans un délai d'un mois à compter de la date de prêt.

Date :

Signature :

Centre hospitalier d'Ancenis - Secrétariat de direction  
160 rue du Verger – BP 60229 – 44156 ANCENIS Cedex  
☎ - 02.40.09.44.01 – 📠 - 02.40.09.44.15