



# DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER Représentant légal

Demande  
n° :

## I. VOTRE IDENTITE

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE (*le cas échéant*) : .....  
PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....  
ADRESSE : .....  
.....  
TEL : ..... ADRESSE MAIL : .....

### Représentant légal de :

NOM DE NAISSANCE : ..... PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

## II. VOTRE DEMANDE

- Compte rendu suite à un passage aux Urgences le ..... / ..... / .....
- Compte rendu d'hospitalisation suite au(x) séjour(s) :
- Date : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... dans le service .....
- Date : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... dans le service .....
- Compte rendu de consultation, du ..... / ..... / ..... dans le service .....
- Compte rendu d'imagerie médicale :
- Radiographie du ..... / ..... / .....       Echographie du ..... / ..... / .....
- Scanner du ..... / ..... / .....       IRM du ..... / ..... / .....
- Autre document : .....
- Dossier médical dans son ensemble (correspondant à l'ensemble des séjours dans l'établissement)

## III. PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE

- COPIE RECTO-VERSO DE VOTRE PIECE D'IDENTITE
- COPIE D'UN DOCUMENT ATTESTANT DE VOTRE QUALITE DE REPRESENTANT LEGAL

## IV. MODALITES DE COMMUNICATION

*Si le mineur en fait la demande, l'accès peut avoir lieu par l'intermédiaire d'un médecin.*

- Consulter sur place ou me déplacer pour récupérer\* les documents
- M'adresser par voie postale les documents\*
- Envoyer les documents à une personne (médecin ou autre) que je désigne comme intermédiaire :

NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature :

Merci de transmettre ce formulaire complété et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier de Fontenay-le-Comte  
Cellule Qualité  
CS 10039  
85201 FONTENAY-LE-COMTE Cedex

Dès réception, et après vérification de la conformité de votre demande, celle-ci sera transmise au(x) service(s) concerné(s). En cas d'impossibilité de vous communiquer certaines informations, vous serez contacté.

### **INFORMATIONS RELATIVES A LA COMMUNICATION D'INFORMATIONS MEDICALES**

La loi n° 2002-303 contraint l'établissement à vérifier l'identité du demandeur.

A réception des informations médicales, informations à caractère strictement personnel, leur communication à un tiers se fait sous votre entière responsabilité.

\* Les frais de reproduction et d'envoi en lettre recommandée avec accusé de réception sont facturés au demandeur. En cas de remise en mains propres, vous réglerez la somme avant de récupérer les copies (0,18 centimes € par copie A4). En cas d'envoi postal, vous recevrez une facture à régler après réception de vos copies (0,18 centimes € par copie A4 + montant du recommandé avec accusé de réception)

La loi impose aux établissements de santé des délais de communication. Si les informations souhaitées datent de moins de 5 ans, nous disposons de huit jours pour vous les communiquer, à compter de la réception complète de votre demande. Si elles datent de plus de 5 ans, ce délai est porté à deux mois.

Enfin, la loi impose aux établissements de santé la conservation des dossiers médicaux pendant vingt ans à compter de la date du dernier passage du patient dans l'établissement, sauf cas particuliers, et pendant dix ans à compter de la date du décès du patient.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter le responsable des relations avec les usagers :

✉ Mail : [responsable.qualite@chfontenaylecomte.fr](mailto:responsable.qualite@chfontenaylecomte.fr)

☎ Téléphone : 02.51.53.29.13 ou 02.51.53.29.59 (secrétariat)