

**DEMANDE DU DOSSIER MEDICAL d'un MINEUR - d'un PATIENT SOUS TUTELLE**

Imprimé à retourner rempli et signé, au : CENTRE HOSPITALIER - Direction des Usagers - CS 70432 - 19312 BRIVE CEDEX

**Demandeur(s)**

Nom : .....Prénom.....  
.....

Adresse :

Téléphone :

**Communication du dossier médical de**

Nom : ..... Prénom.....

Né(e) le : .....

Dont je suis	Pièces à fournir
Représentant légal du mineur <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	copie(s) pièce(s) d'identité(s) recto verso du(des) demandeur(s) + copie du livret de famille (toutes les pages jusqu'à l'enfant concerné) + copie d'une pièce d'identité de l'enfant (facultatif) (En cas de séparation ou de litige, la copie de la décision de justice attestant de l'autorité parentale)
Tuteur <input type="checkbox"/>	copie de la pièce d'identité recto verso du tuteur + copie de la pièce d'identité recto verso du patient + Copie du jugement de tutelle

**Nature de la demande**

Service(s) d'Hospitalisation ou de Consultation	Période(s)

- Compte rendu d'hospitalisation
- Compte rendu opératoire
- Compte rendu consultation
- Imagerie (radio, scanner, IRM, écho)  Interprétation de l'imagerie
- Résultats électriques (ECG, EEG, EMG)
- Résultats biologiques
- Autres : .....

**Modalités de communication**

- Envoi postal à mon adresse
- Retrait auprès du secrétariat médical et paiement à la Régie
- envoi postal à un médecin que je désigne
- Consultation sur place dans le service
- Autre : .....

Date.....

Signature(s)

**Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi**