

	<b>Direction des Usagers, de la Communication et des Relations Extérieures</b>	<b>ENR-1153-01-03-A</b> <b>MDC/AA</b> <b>28/03/2023</b>
	<u>PROCÉDURE DE RATTACHEMENT</u> DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL  <u>DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL D'UN MINEUR</u> <u>OU PATIENT SOUS TUTELLE</u>	

**FORMULAIRE A TRANSMETTRE :**

- **PAR COURRIER** : Centre Hospitalier de Brive, Direction des Usagers, 1 Boulevard du Docteur Verlhac, CS 70432 19312 BRIVE CEDEX (05.55.20.57.23)
- **PAR MAIL** : [demandedossiermedical@ch-brive.fr](mailto:demandedossiermedical@ch-brive.fr)

**Demandeur(s)**

Nom : .....Prénom.....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... E-mail : .....

**Communication du dossier médical de**

Nom : ..... Prénom..... Né(e) le : .....

Dont je suis	Pièces à fournir
<b>Représentant légal du mineur</b> <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	copie(s) pièce(s) d'identité(s) recto verso du(des) demandeur + 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)
<b>Tuteur</b> <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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Compte rendu d'hospitalisation                           | <input type="checkbox"/> Compte rendu consultation |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Imagerie (radio, scanner, IRM, écho) avec interprétation | <input type="checkbox"/> CD ROM                    |
| <input type="checkbox"/> Résultats électriques (ECG, EEG, EMG)                    |  |
| <input type="checkbox"/> Résultats biologiques                                    |  |

**Modalités de communication**

- Envoi postal à mon adresse
- Retrait auprès du secrétariat médical
- envoi postal à un médecin que je désigne
- Consultation sur place dans le service
- Procuration (fournir la copie de pièce d'identité de la personne): .....

Date.....

Signature(s)