

	Direction des Relations avec les Usagers	ENR-1153-01-03-A MDC/AA 28/03/2023
	<p><u>PROCÉDURE DE RATTACHEMENT</u> DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL</p> <p><u>DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL D'UN MINEUR</u> <u>OU PATIENT SOUS TUTELLE</u></p>	

FORMULAIRE A TRANSMETTRE :

- **PAR COURRIER** : Centre Hospitalier de Brive, Direction des Relations avec les Usagers, 1 Boulevard du Docteur Verlhac, CS 70432 19312 BRIVE CEDEX (05.55.20.57.23)
- **PAR MAIL** : demandedossiermedical.brive@ch-correze.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
Représentant légal du mineur <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)
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

- | | |
|---|--|
| <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)