

Centre  
Hospitalier  
de DOUAI

## **DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT**

A retourner ou à déposer à :

**DIRECTION DE LA QUALITE  
ET DE LA COMMUNICATION**

Tél. : 03 27 94 7085  
Fax. : 03 27 94 7014  
Email : brigitte.segard@ch-douai.fr

Monsieur le Directeur  
route de Cambrai  
BP 10740  
59507 DOUAI CEDEX

Je soussigné(e)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à : \_\_\_\_\_

demande communication de mon dossier <sup>(1)</sup>  
pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

demande la communication du dossier de Monsieur, Madame <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_  
pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ en qualité de \_\_\_\_\_

En cas de décès justifier le motif de communication : \_\_\_\_\_

### **Modalités de transmission :**

souhaite venir retirer le dossier à la Direction de la Qualité (frais de copies)

souhaite l'envoi du dossier à mon domicile (frais de copies et d'envoi) :

souhaite l'envoi du dossier au médecin que je désigne (frais de copies et d'envoi) :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### **Documents à fournir avec la demande**

En fonction de la demande il est demandé de produire différents documents :

(1) La consultation de son propre dossier : photocopie d'une pièce d'identité du demandeur

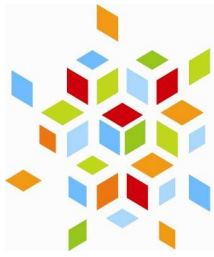
(2) La demande émanant d'un ayant droit : photocopie d'un certificat d'hérédité et d'une pièce d'identité du demandeur

(2) La demande concernant un enfant mineur : photocopie du livret de famille et d'une pièce d'identité du demandeur

(2) La demande concernant une personne sous tutelle : photocopie du jugement et d'une pièce d'identité du tuteur

#### **Cas particuliers**

Les hospitalisations sous contrainte : la consultation des informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risque d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations du demandeur.



**ANNEXE**  
**TARIFS DES PHOTOCOPIES**  
**ET FRAIS D'ENVOI**

**DIRECTION DE LA QUALITE  
ET DE LA COMMUNICATION**

Tél. : 03 27 94 **7085**  
Fax. : 03 27 94 **7014**  
Email : brigitte.segard@ch-douai.fr

Les frais de reprographie et d'envoi des éléments réclamés de votre dossier seront à votre charge conformément aux tarifs votés par le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier que vous trouverez ci-dessous.

<b>Tranches des photocopies</b>	<b>Tarifs sans frais postaux (retrait sur place)</b>	<b>Tarifs des frais postaux (envoi par courrier recommandé avec AR)</b>
De 0 à 30 photocopies	gratuit	gratuit
De 31 à 100 photocopie	5 €	de 5,98 € à 6,77 €
De 101 à 200 photocopies	18 €	de 6,77 € à 7,65 €
De 201 à 500 photocopies	36 €	de 7,65 € à 9,73 €
De 501 à 600 photocopies	90 €	9,73 €
Supérieur à 600 photocopies	135 €	Envoi en colis suivi à partir de 8,51 € HT
Cliché radiographique	1 €	Selon volume et poids du colis total
CD (possibilité offerte uniquement pour un examen comprenant des données numériques)	2,75 €	Selon volume et poids du colis total
<b>SOMME A PAYER</b>		

\*pour toute demande supérieure à 500 copies, vous serez contacté(e) afin de confirmer ou d'infirmier votre demande.

Je soussigné(e) :	
Nom – Prénom : .....	
Adresse : ..... .....	
N° téléphone : .....	N° sécurité sociale : .....
<b>Certifie que je m'acquitterai de la facture relative à ma demande d'informations médicales.</b>	
Date :	Signature :