

## FORMULAIRE D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT À LA DEMANDE DU PATIENT

**Imprimé à retourner complété et signé au Secrétariat de Direction- Centre Hospitalier Comminges-Pyrénées**  
Avenue Simone Veil BP 183 – 31806 SAINT-GAUDENS CEDEX **ou par mail** [direction@ch-saintgaudens.fr](mailto:direction@ch-saintgaudens.fr)  
**N'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité et un justificatif de domicile**

### IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom de naissance : .....

Nom usuel, prénom **et** date de naissance : .....

§ (Domicile - Portable) : .....

### MODALITES DE COMMUNICATION

☐ Je souhaite consulter mon dossier patient

☐ Je souhaite une consultation sur place gratuite avec le : ☐ Médecin de mon service d'hospitalisation  
☐ Médiateur médical  
☐ Médiateur non médical

☐ Je viendrai : ☐ seul ☐ accompagné

Pour une consultation sur place, après réception de votre demande vous serez contacté par l'établissement pour convenir d'un rendez-vous.

☐ Je souhaite un envoi postal de copies : en recommandé avec AR <sup>(1)</sup>

☐ Je souhaite venir chercher les copies au Centre Hospitalier **sans** consultation sur place

☐ Je souhaite venir chercher les copies au Centre Hospitalier **avec** consultation sur place

<sup>(1)</sup> Les copies sont envoyées en recommandé avec accusé de réception afin de garantir la confidentialité de l'envoi.

**Nous vous rappelons que toute reproduction est à la charge du demandeur (Article L1111-7 du Code de la santé publique).**

- 0.18 centimes la copie papier A4
- 0.36 centimes la copie papier A3
- 2.75 € le CDRom
- 7 € les frais d'envoi postal

### NATURE DES DOCUMENTS

Date exacte de l'hospitalisation correspondant à votre demande : Du : ..... au : .....

Dans le service : .....

**Précisez la nature exacte des documents que vous souhaitez consulter (ex : compte-rendu, radio ou analyses...) :**

Compte rendu d'hospitalisation / Lettre de sortie ..... ☐ Copie ☐ Simple consultation

Compte rendu opératoire ..... ☐ Copie ☐ Simple consultation

Compte rendu d'examens ..... ☐ Copie ☐ Simple  
consultation  
Bilan biologique ..... ☐ Copie ☐ Simple  
consultation  
Radiographies, scanner, échographie ..... ☐ Copie ☐ Simple  
consultation  
Autre (à préciser) ..... ☐ Copie ☐ Simple  
consultation

**Gardez en mémoire le caractère strictement personnel des informations que vous allez détenir et du risque d'un usage non maîtrisé du fait de la sollicitation possible de personnes (famille, assureurs...) qui sont exclues du droit de réclamer directement ces informations.**

Le Centre Hospitalier ne réalisera les copies demandées qu'après examen de votre demande et réception de votre paiement (cette information vous sera communiquée prochainement).

Fait à : ..... Le : .....

Signature :