

**FORMULAIRE D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT PAR TIERS AUTORISÉ ET/OU MANDATÉ**

**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 ou portable) : .....

**IDENTITE DU PATIENT CONCERNE**

Nom de naissance : .....

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

**QUALITE DU DEMANDEUR**

**Précisez votre qualité d'ayant droit :**

-  Titulaire de l'autorité parentale : Père  Mère

**Fournir copie du livret de famille, en cas de divorce : fournir l'ordonnance du Juge aux Affaires Familiales et la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport)**

-  Déléataire de l'autorité parentale

**Fournir la décision du Juge aux Affaires Familiales et la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport)**

-  Tuteur

**Fournir l'ordonnance du Juge des Tutelles et la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport).**

-  Personne mandatée par le patient

**Fournir la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport) du patient et de la personne mandatée**

**Partie à compléter par le patient :**

« Je soussigné, (nom, nom de jeune fille et prénom du patient).....

Né (e) le ...../...../..... autorise (nom, prénom du mandaté) ..... à solliciter auprès du Directeur du Centre Hospitalier Comminges Pyrénées l'accès à mon dossier médical.

Fait le ..... À .....

Nom et signature du patient.

**Partie à compléter par la personne mandatée :**

« Je soussigné, (nom, nom de jeune fille et prénom du mandaté)  
.....

Certifie n'avoir aucun conflit d'intérêt ni défendre d'autres intérêts que ceux de (nom, prénom du patient)

Fait le ..... À .....

Nom et signature du mandaté.

<b>MODALITES DE COMMUNICATION</b>
-----------------------------------

- Je souhaite une consultation sur place gratuite avec le :  médecin du service d'hospitalisation  
 Médiateur médical  
 Médiateur non médical

Je viendrai :  seul  accompagné

Je souhaite un envoi postal de copies : en recommandé avec AR à vos frais (\*)

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

*\* Les copies envoyées en recommandé avec accusé de réception garantissent au mieux 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

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 :