

Formulaire à adresser, avec les pièces justificatives obligatoires

**Service de communication des dossiers médicaux**

**33 rue du Haut Rocher - 53000 LAVAL**

☐ : 02 43 66 51 49 - ☐ : [dossier-communication@chlaval.fr](mailto:dossier-communication@chlaval.fr)

**1 - Identité du patient :**

Nom : ..... Nom de jeune fille.....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... Décédé(e) le : .....

**2 - Objet**

Nom : ..... Nom de jeune fille .....

Prénom : ..... Né(e) le : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

a) En ma qualité de :	b) Pièces justificatives
<input type="checkbox"/> Patient majeur	- Copie recto/verso de votre pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Patient mineur ou majeur protégé	- Copie recto/verso de votre pièce d'identité - Acte de naissance ou copie du livret de famille - Copie de la décision du juge aux affaires familiales
<input type="checkbox"/> Ayant droit d'un patient décédé	- Copie recto/verso de votre pièce d'identité - Acte de notoriété ou attestation notariale, ou certificat d'hérédité - Livret de famille - Partenaire d'un PACS ; acte de naissance portant mention du PACS - Concubin : éléments prouvant la situation de fait

**3 - Information relative à la demande**

**Motif de la demande pour les ayants droit**, en application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique :

- Connaître les causes de la mort : .....
- Défendre la mémoire du défunt : .....
- Faire valoir des droits : .....

A NOTER : Selon le décret du 29 avril 2002, la communication du dossier aux ayants-droits porte **uniquement** sur les « seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi » et sauf opposition formelle du patient de son vivant (*dernier alinéa article L.1110-4 du Code de la santé publique*). Le choix des pièces à adresser appartient à l'équipe médicale en fonction de la motivation de la demande.

Tout élément étranger à cet objectif sera exclu de la communication. L'équipe médicale n'est nullement liée par une éventuelle liste des pièces réclamées par le demandeur (*CADA, CH de Cornouailles, conseil n°20122968 du 13 septembre 2012*).

**Le dossier médical complet ne peut être communiqué.**

Date de consultation	Période d'hospitalisation	Service concerné

#### 4 - Nature des documents demandés

**Éléments du dossier médical requis :**

- Imageries médicales (à partir de juin 2016)
- Compte-rendu d'imageries médicales
- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu de consultation
- Compte-rendu opératoire
- Dossier d'anesthésie (information pré, per et post-anesthésie)
- Dossier infirmier
- Dossier social
- Compte-rendu d'examens (bilans sanguins, explorations fonctionnels, EEG, ECG, ....)
- Autres documents, à préciser .....

A défaut de précision sur les éléments demandés, une copie du dernier compte-rendu d'hospitalisation vous sera adressée

#### 5 - Modalités de communication des documents

- Consultation sur place, en présence d'un médecin référent – **Gratuit**
- Remise des copies sur place au Bureau des Sorties/Encaissement – **Gratuit**
  - Je désigne un mandataire pour récupérer la copie de mon dossier médical :
  - Nom et prénom de la personne désignée : .....
- Envoi postal – **frais de port en lettre recommandée avec accusé de réception (à partir de 6,61 euros)**
  - A moi-même
  - A un médecin : Nom et Prénom : .....
  - Adresse : .....

Toute copie non réclamée sera envoyée par lettre recommandée avec accusé-réception et facturée après une première relance

#### 6 - Tarifs de reproduction des dossiers médicaux

**Facturation du dossier médical appliquée lors de la communication d'un dossier déjà transmis par le service de communication des dossiers médicaux.**

Tarifs fixés sur la base des prix de revient relevés au Centre Hospitalier de Laval (à compter du 1er janvier 2009. Ces tarifs ont été adoptés par le Conseil d'Administration de l'établissement dans sa séance du 26 mars 2009 (délibération n°2009-007).

Page\* de format A4 en impression noir et blanc (recto) ..... **0,25 €**

CD ROM : ..... **3,00 €**

Frais d'envoi postal (Lettre Recommandée avec Avis de Réception 20 à 3000 g) : à partir de 7,14 € (tarifs en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2025, [www.laposte.fr](http://www.laposte.fr))

#### 7 - Attestation

Je soussigné(e) :

Nom ..... Nom de jeune fille .....

Prénom .....

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus,
- Prend en charge l'envoi postal en recommandé avec avis de réception des documents que je pourrai demander (cf. **Tarifs de reproduction des documents médicaux**)

Fait à ..... Le .....

**Signature du demandeur**