



Formulaire de demande de communication du dossier médical PATIENT ou son REPRESENTANT LEGAL

Compléter le verso du document ➡





**CENTRE
HOSPITALIER**
Sainte-Foy-lès-Lyon

**Formulaire de demande de communication
du dossier médical PATIENT
ou son REPRESENTANT LEGAL**

Pièces du dossier patient demandées

(Les frais de copie et d'envoi sont facturables, merci de bien prendre connaissance des tarifs ci-dessous)

- ☐ Le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH)
☐ Le Compte Rendu Opératoire (CRO)
☐ Les résultats d'examens : Radiographie, Echographie, Scanner, IRM (**rayez la mention inutile**)
☐ Le dossier complet
☐ Autre document :

Renseignements indispensables pour la recherche du dossier :

Service(s) concerné(s)

Nom(s) du ou des médecin(s)

Date(s) d'hospitalisation

Modalités d'accès au dossier :

- 1 ☐ Consultation du dossier sur place en présence d'un médecin hospitalier (Gratuit)
2 ☐ Remis sur place à l'hôpital (payant si le coût de reproduction est supérieur à 7 euros)
3* ☐ Envoi postal à l'adresse du demandeur
4* ☐ Envoi postal, au Docteur que je désigne comme intermédiaire
Adresse

Code postal |_|_|_|_|_| Ville

- 5* ☐ Envoi postal ou remis sur place (rayez la mention inutile)
à M/Mme que je désigne comme mandataire
Adresse

Code postal |_|_|_|_|_| Ville

***les choix 3, 4, 5 sont envoyés par lettre recommandée et payant si le coût de reproduction et d'envoi postal sont supérieurs à 7 euros**

Coût : la communication du dossier est payante et reste à la charge du demandeur (Article L1111-7 du Code de la santé publique)

Au CHSF, un avis de prépaiement vous sera adressé, **seulement**, si le coût de la délivrance de photocopies, contretypes de radiographies et l'envoi postal en lettre recommandée est **supérieur à 7 euros**.

Photocopie A4 = 0,19€

Photocopie A3 = 0,38€

CD-Rom = 5,32€

Film laser = 1,91€

Film radio / contretypage radiographie = 2,13€

Ce document est à adresser, accompagné des justificatifs, par courrier :

Centre Hospitalier Sainte Foy

Direction

78, Chemin de Montray

69110 SAINTE FOY LES LYON

Date de la demande :

Signature du demandeur :