



# CENTRE HOSPITALIER "Emile BOREL"

## Saint-Affrique

### Demande de Communication de Dossier Médical par le patient ou son représentant

(A remplir par le patient lui-même s'il est majeur)  
Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

#### Patient demandeur

Nom de naissance: .....  
Nom usuel: .....  
Prénom: .....  
Adresse: .....  
Date de naissance: ..... / ..... / .....  
Mail: .....  
Téléphone: .....

#### Autre demandeur (à remplir si différent du patient)

Nom de naissance: .....  
Nom usuel: .....  
Prénom: .....  
Adresse (si différente) : .....  
Mail: .....  
Téléphone: .....

Qualité du demandeur:     Père     Mère     Tuteur

Autre (à préciser) : .....

#### Périodes et services

Date d'entrée/consultation	Date de Sortie	Unité d'hospitalisation

#### Motif de la Demande

- Suivi médical extérieur
- Expertise, préciser la date : .....
- Dossier MDPH, CPAM
- Autres: administratifs, déménagement, archives personnelle

## Mode de Communication

Un seul choix possible: une seule copie de dossier sera réalisée et adressée par le secrétariat de direction

- Envoi à votre domicile: .....
- Retrait sur place – Téléphone : .....
- Consultation sur place:
- sans accompagnement médical (nous vous contacterons pour fixer un rendez-vous)
  - avec accompagnement médical ( le rendez-vous sera fixé par le secrétariat en présence du médecin du CH)
- Envoi au médecin de votre choix

Nom du médecin: .....

Adresse du médecin: .....

## Pièces obligatoires à fournir (en cours de validité)

Pour tous	Carte d'identité ou passeport du demandeur
Uniquement si représentant légal du mineur	Livret de famille (extrait des pages parents et enfants) Justificatif de l'autorité parentale en cas de divorce ou de séparation
Uniquement si tuteur	Jugement de tutelle
Mandataire	Mandat du patient

Merci de renvoyer ce dossier accompagné des pièces jointes:

- Par mail à : [s.direction@ch-saintaffrique.fr](mailto:s.direction@ch-saintaffrique.fr)
- Ou par courrier postal à :

**Centre Hospitalier Emile Borel**  
**Secrétariat de Direction**  
88, Av du Dr Lucien GALTIER  
BP 291  
12402 SAINT AFFRIQUE Cedex

A .....

Le .....

**Signature du patient (ou du demandeur):**