

Formulaire de demande d'accès au dossier médical

Référence :
CHAN-DDP-ENR-003

Version :
003

Date de diffusion :
10/06/2025

I – Identité du demandeur

Nom de naissance:

Nom d'usage:

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Lieu de naissance :

Adresse :

.....
.....
.....

Numéro de téléphone* :

Mail* :

**Renseigner impérativement l'un des 2 items*

II. Identité de la personne concernée (si différente)

NOM de naissance :

NOM d'usage :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Lieu de naissance :

III. Pièces justificatives

Demandeur	Pièces justificatives à fournir avec la demande
Personne concernée	Copie de la carte d'identité ou du passeport
Représentants légaux:	
- Les parents du mineur (non déchus de l'autorité parentale)	Copie de la carte d'identité ou du passeport et Livret de famille ou extrait de naissance
- Un tuteur, un curateur, habilitation familiale	Copie de la carte d'identité ou du passeport et Jugement rendu indiquant une mesure de protection avec représentation relative à la personne

- Personne mandatée (Avocat, etc....)	Copie de la carte d'identité ou du passeport de la personne concernée et de la personne mandatée, ainsi que le mandat.
--	--

III. Nature de la demande

Afin de mieux répondre à vos besoins, nous vous demandons de nous préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès. Un **appel téléphonique** à la référente de la communication des dossiers médicaux du service des archives peut vous aider à les définir (**05.53.69.74.97**)

- ☐ Ensemble du dossier médical,
☐ Parties du dossier correspondant à une hospitalisation, consultation particulière ou d'une pathologie particulière

Veuillez préciser le séjour concerné : - la date d'entrée :/...../.....

- la date de sortie :/...../.....

Pièces particulières du dossier :

- ☐ Lettre de sortie ou compte-rendu d'hospitalisation
☐ Compte-rendu opératoire
☐ Examens d'imagerie,
☐ Compte-rendu des examens biologiques
☐ Compte-rendu d'examens autres, précisez :
☐ Autres, Précisez :

*Vous pouvez accéder à certains éléments de votre dossier médical sur le site « [Mon espace santé](#) »

IV. Modalité de consultation souhaitée

- ☐ Consultation sur place du dossier sur rendez-vous :
☐ avec accompagnement par une tierce personne ou le médecin de votre choix
☐ avec remise de copie du ou des documents qui vous seront présentés
- ☐ Envoi postal d'une copie du dossier ou de pièces particulières à un médecin désigné par vos soins.
 Merci de préciser le nom et l'adresse du médecin :

- ☐ Envoi postal des éléments du dossier demandés par recommandé avec accusé de réception.
- ☐ Par courrier électronique (non sécurisé) à l'adresse mail suivante :

+ code de partage des imageries à remettre à votre professionnel de santé.

Les codes de partage sont valables uniquement dans la région nouvelle aquitaine des établissements ou professionnels de santé ayant adhéré à ce dispositif. (KRYPTON).

Les frais d'envoi par lettres recommandées vous seront facturés au tarif en vigueur.

Ce formulaire dûment renseigné est à retourner

- **Par courrier** à : Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier Agen – Nérac
Site Saint Esprit
Route de Villeneuve sur Lot
47923 Agen Cedex 9

OU

- **Par mail** à : secretariat.direction@ch-agen-nerac.fr et archives@ch-agen-nerac.fr

J'atteste de l'exactitude des informations renseignées, d'avoir pris connaissances des modalités d'accès et de transmissions du dossier médical.

Fait à :

Signature :