

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL**

(Art. L 1111-1 et du Code de la Santé publique)  
À transmettre avec les pièces justificatives à :  
Monsieur le Directeur - Centre hospitalier LC Fleming  
BP 381 – 97054 Saint-Martin

**Identité du demandeur**

Je soussigné(e) Madame / Monsieur

NOM ..... Prénom .....

né(e) le .....

domicilé(e) .....

agissant en tant que :

- patient(e)
- mandataire de ..... né(e) le .....
- représentant légal de ..... né(e) le .....
- ayant-droit de ..... né(e) le ....., décédé le .....

**Nature de la demande**

Je souhaite la reproduction :

- de l'intégralité du dossier médical
- uniquement des pièces suivantes :
  - lettre de sortie
  - compte rendu opératoire
  - compte rendu d'hospitalisation
  - résultats d'examens (à préciser) : .....
  - autres pièces (à préciser) : .....

**Documents à fournir**

Patient	Copie recto-verso d'une pièce d'identité
Mandataire	Copie recto-verso des pièces d'identité du mandant et du mandataire + mandat exprès original
Titulaire de l'autorité parentale <sup>1</sup>	Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité + copie du livret de famille + en cas de divorce, document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale
Tuteur	Copie recto-verso d'une pièce d'identité + jugement de tutelle
Ayant droit	<i>Enfant ou conjoint</i> : Copie recto-verso d'une pièce d'identité + copie du livret de famille + motivation <i>Autre</i> : Copie recto-verso d'une pièce d'identité + certificat d'hérédité <u>ou</u> document notarié attestant la qualité d'ayant droit <u>ou</u> copie du PACS <u>ou</u> copie de certificat de vie commune, de concubinage + motivation

<sup>1</sup> Sauf opposition du patient mineur (art. L. 1111-5 du Code de la Santé publique)

**Motivation** (uniquement pour les ayants droits)

Vous disposez en qualité d'ayant droit et, hors cas de refus exprimé par le patient de son vivant, d'un accès aux seules pièces du dossier nécessaires à :

- connaître les causes du décès
- faire valoir vos droits (Justifiez : .....) )
- défendre la mémoire du défunt (Justifiez : .....) )

**Modalités d'accès** (Les tarifs d'impression et d'envoi sont disponibles)

- Par courrier recommandé avec accusé de réception
- Copies à retirer sur place
- Consultation du dossier sur place (gratuit)

Les tarifs d'impression et d'envoi sont au verso de la demande et peuvent être modifiables en fonction des frais postaux.

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL**

(Art. L 1111-1 et du Code de la Santé publique)

À transmettre avec les pièces justificatives à :

Monsieur le Directeur - Centre hospitalier LC Fleming

BP 381 – 97054 Saint-Martin

**TARIFS D'IMPRESSION DE L'ENVOI**

Format	Prix unitaire
Photocopie A4, noir et blanc	0,25 euros
Photocopie A3, noir et blanc	0,50 euros

Les tarifs d'envoi peuvent être modifiés en fonction des frais postaux, selon le niveau de recommandation (R1 R2 R3) et la destination

**Moyen de paiement :**

Espèces

Chèque (à l'ordre du Trésor Public de Saint-Martin)

Virement

Signature du demandeur

Le ..... / ..... / ..... à .....

**Partie réservée à la direction**

Date réception de la demande : ..... / ..... / .....

Validation de la demande :

Oui

Non

(Motif.....)

Transmis au DIM le ..... / ..... / .....