



## DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MÉDICAUX POUR PATIENT

### DOCUMENT À RETOURNER DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ :

#### **Pour les dossiers des centres hospitaliers de Thionville et Hayange**

Bureau Dossiers Patients (DIM) – Hôpital BEL-AIR – 1-3 rue du Friscaty – BP 60 327 –  
57126 THIONVILLE CEDEX

(ou par mail : demande-dossier.belair@chr-metz-thionville.fr)

#### **Pour les dossiers du centre hospitalier de Metz**

Bureau Dossiers Patients (DIM) – Hôpital de MERCY – 1, Allée du Château – CS 45001 –  
57085 METZ CEDEX 03

(ou par mail : demande-dossier.mercy@chr-metz-thionville.fr)

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE PATIENT

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Nom marital : .....

Date de naissance :  /  /

Rue : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone :

Mail : .....

### SI LE DEMANDEUR N'EST PAS LE PATIENT

Qualité du demandeur :  Détenteur de l'autorité parentale

Représentant légal

Nom prénom du demandeur : .....

Rue : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone :

Mail : .....

**TOURNEZ S.V.P.**

## NATURE DE LA DEMANDE

**OBLIGATOIRE** : Préciser la (les) date(s) ET le(s) service(s) ET éventuellement le nom du (des) médecin(s) :

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

### COCHER les pièces demandées

- COMPTES RENDUS MÉDICAUX
- COMPTES RENDUS OPÉRATOIRES
- RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES (*Holter ECG, EEG,...*)
- RÉSULTATS DE BIOLOGIE
- COMPTES RENDUS D'IMAGERIE (*Radiographies, Scanners, IRM, Échographies*)  
*(Si besoin des images veuillez vous adresser directement au secrétariat du service imagerie)*
- AUTRES PIÈCES (à préciser) : .....

## MODALITÉS DE COMMUNICATION DU DOSSIER

- Envoi des copies par courrier en AR (*18 centimes la copie + frais de recommandé*)
- Envoi par mail crypté (**GRATUIT**)

Fait à ..... le .....

**Signature :**

**Voir détail des pièces à fournir page 3**

## PIÈCES À JOINDRE AU FORMULAIRE

Qualité du demandeur	Pièces à fournir
<b>Patient</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Copie recto-verso d'une pièce d'identité</li></ul>
<b>Tuteur</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Copie recto-verso d'une pièce d'identité vous concernant <b><u>ET</u></b></li><li>• Copie du jugement de mise sous tutelle</li></ul>
<b>Titulaire de l'autorité parentale</b> (la communication des éléments du dossier médical peut être opposée aux ayants droits en cas de refus exprimé par le patient)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Copie recto-verso d'une pièce d'identité vous concernant <b><u>ET</u></b></li><li>• Copie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant mineur <b><u>OU</u></b> du livret de famille (<i>avec filiation complète de l'enfant</i>)</li><li>• <i>En cas de divorce</i> : attestation indiquant votre qualité de titulaire de l'autorité parentale</li></ul>
<b>AMP (Aide Médicale à la Procréation)</b> Madame et/ou Monsieur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Copie recto-verso des pièces d'identité du couple (+ joindre une autorisation écrite du conjoint non demandeur)</li></ul>

## DÉLAI DE COMMUNICATION

Il faut compter 8 jours maximum, entre la réception de la demande et l'accès au dossier.

Ce délai est porté à 2 mois pour les dossiers datant de plus de 5 ans