CENTRE HOSPITALIER COMPIEGNE-NOYON

Dossier patient : demande de documents par un patient ou son représentant légal

N3-009 - V6
Date de dernière diffusion : 15/09/2026

IDENTITE DU PATIENT
Nom d'usage : …… Prénom : ……..
Nom de naissance : ……
Date de naissance : ……/……/…… Téléphone : ……..
Courriel : ……
Adresse postale : ……
……

QUALITE/IDENTITE DU DEMANDEUR SI DIFFERENT DU PATIENT (cochez la case correspondante et complétez)
☐ ***Titulaire de l'autorité parentale*** (si patient mineur)
☐ ***Personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation*** (si patient sous mesure de protection juridique avec représentation)
☐ ***Mandataire***
Nom d'usage : …… Prénom : ……..
Date de naissance : ……/……/…… Téléphone : ……..
Courriel : ……
Adresse postale : ……
……
Seule une personne autorisée légalement peut accéder au dossier médical d'une autre personne

PIECES DU DOSSIER DEMANDEES (cochez la ou les cases et complétez)
☐ Compte-rendu d'hospitalisation
☐ Compte-rendu opératoire
☐ Compte-rendu de consultation
☐ Imagerie : ◯ compte-rendu ◯ duplicata des clichés/CD
☐ Résultats d'examens de laboratoire
☐ Autres pièces (précisez lesquelles) : ……
……
……

Date(s)/période(s) de prise en charge concernée(s) : ……
Service(s) : ……

MODALITES DE COMMUNICATION DES ELEMENTS (cochez la case correspondante)
☐ Consultation sur place (sur RDV) ☐ Retrait sur place (sur RDV)
☐ Envoi postal LRAR à l'adresse du demandeur
☐ Envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse) : ……
……

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE
☐ ***Dans tous les cas*** : photocopie recto-verso de votre pièce d'identité (carte d'identité, passeport)
☐ ***Pour un patient mineur*** : photocopie d'un justificatif de votre autorité parentale (livret de famille, extrait d'acte de naissance, décision de justice)
☐ ***Pour un patient sous mesure de protection juridique avec représentation*** : jugement de désignation
☐ ***Pour un mandataire*** : mandat spécial exprès désignant nommément la personne autorisée

Ce document est la propriété du Centre Hospitalier Compiègne-Noyon
La seule version en vigueur est celle disponible sur la GED

FRAIS DE DELIVRANCE

1ère demande : non facturée

Demande(s) suivante(s) identique(s) à la 1ère demande, ainsi que toute demande excessive ou manifestement abusive :

☐ Recommandé avec AR : 7,56 € ☐ Clichés radio : 5,50 € l'unité

☐ Photocopies : 0,15 € l'unité ☐ CEDEROM (scanner, IRM et écho récents) : 0,67 € l'unité

MODALITE D'ENVOI DE VOTRE DEMANDE (accompagnée des justificatifs)

☐ ***Par courrier*** :

CHI Compiègne-Noyon

…..Service Transmission Dossiers Patients

…..8 avenue Henri Adnot

…..60321 COMPIEGNE Cedex

☐ ***Par mail*** : tdp@ch-compiegnenoyon.fr

Pour tout renseignement, veuillez contacter ce numéro : 03 44 23 61 29

Date : ……/……/…… **Signature :**

Ce document est la propriété du Centre Hospitalier Compiègne-Noyon

La seule version en vigueur est celle disponible sur la GED