



**DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES  
A UN DOSSIER PATIENT MINEUR**  
*Loi du 4 mars 2002*

-----  
**IMPRIME à RETOURNER par le DEMANDEUR à la DIRECTION d'ETABLISSEMENT  
à l'adresse suivante : Centre hospitalier Erdre & Loire – Direction générale  
160 Rue du Verger – BP 60229 – 44150 ANCENIS**

**IDENTITE DU DEMANDEUR ①**

NOM DU PERE ② : .....

PRENOMS : .....

ADRESSE :  
.....  
.....

Code Postal : /\_/\_/\_/\_/\_/

VILLE : .....

NOM DU TUTEUR ③ : .....

PRENOMS : .....

ADRESSE : .....

.....

Code Postal : /\_/\_/\_/\_/\_/

VILLE : .....

NOM DE LA MERE ② : .....

PRENOMS : .....

ADRESSE : .....

.....

Code Postal : /\_/\_/\_/\_/\_/

VILLE : .....

**IDENTITE DU PATIENT MINEUR**

NOM DE FAMILLE : .....

PRENOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : /\_/\_/\_/\_/\_/ LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

Code Postal : /\_/\_/\_/\_/\_/ VILLE : ..... TELEPHONE : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

**Cadre Réserve à l'Administration**

N° IPP : .....

Présence d'une tierce personne recommandée par le médecin hospitalier :  oui  non

① - Joindre copie de la carte d'identité, passeport ou permis de conduire.

② - Joindre copie du livret de famille.

③ - Joindre copie du jugement de tutelle.

## SERVICES DE SOINS FREQUENTES

DESIGNATION DES SERVICES	PERIODES					
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année

**Modalités de communication :**

Par envoi d'une copie <sup>②</sup> :

à moi-même

à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées)

Nom et prénoms du médecin désigné .....

Code Postal : / / / / / / VILLE : .....

Par communication sur place <sup>②</sup> de préférence le : *(la date retenue vous sera communiquée ultérieurement)*

Mardi de 9 H 00 à 12 H 00 )

Mardi de 14 H 00 à 17 H 00 )

Jeudi de 9 H 00 à 12 H 00 )

Jeudi de 14 H 00 à 17 H 00 )

Serez-vous accompagné d'un tiers :

OUI       NON

Médecin présent : coordonnées, nom et prénom.....

Fait à .....

Le : .....

Signature :

Aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier

### DESIGNATION DES PIECES DU DOSSIER PATIENT SOUHAITEES

Comptes rendus de consultation

Comptes rendus d'hospitalisation

Comptes rendus opératoires

Autres pièces : merci de préciser votre demande :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Avant toute communication, le destinataire de la demande s'assure de l'identité du demandeur et s'informe, le cas échéant, de la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire. Selon les cas prévus par l'article L. 1111-7 précité, le délai de huit jours ou de deux mois court à compter de la date de réception de la demande ; lorsque le délai de deux mois s'applique en raison du fait que les informations remontent à plus de cinq ans, cette période de cinq ans court à compter de la date à laquelle l'information médicale a été constituée.*

**DECISION DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT**  
(CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION)

**ACCEPTATION**

- Sans conditions
- Avec recommandations : présence d'un médecin
- Avec demande du mineur que l'accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le demandeur (envoi ou consultation sur place). Nom du médecin désigné .....

Date de transmission des informations demandées :

- au demandeur :            /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/
- au médecin désigné        /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Date de consultation du dossier patient sur place : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/ Lettre du :

Précisions sur le ou les pièces communiquées et les séjours concernés :

Comptes rendus de consultation

Comptes rendus d'hospitalisation

Comptes rendus opératoires

Dossier d'anesthésie

Courriers échangés entre professionnels de santé

Informations relatives aux soins infirmiers

Copies des radiographies

Comptes rendus d'examens complémentaires (biologie, radiologie...)

Autres pièces

**REFUS**

Date : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office et nécessité de la présence d'un médecin

Motifs :

Opposition du mineur (article L 1111-5 du Code de la Santé Publique)

Opposition maintenue après sollicitation médicale

Hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office et nécessité de la présence d'un médecin

Date :

Signature :

**PRET DE CLICHES RADIOGRAPHIQUES ET/OU ECHOGRAPHIQUES**

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_

Agissant pour le compte de :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_

Lien de parenté ou de responsabilité légale : .....

souhaite disposer des clichés de radiographies et/ou échographies

et m'engage à les restituer au Centre hospitalier Erdre & Loire dans un délai d'un mois à compter de la date de prêt.

Date :

Signature :

**Législation en vigueur :**

**Circulaire du 2 août 1960 relative à la délivrance des clichés radiographiques aux malades des hôpitaux et hospices publics**  
La conservation des clichés radiographiques obéit à des régimes différents selon les circonstances.

S'agissant des **consultations externes**, la Circulaire précitée prévoit :

« Les clichés radiographiques effectués en service de consultation externe sur des malades ambulatoires doivent **être remis soit au malade, soit au médecin traitant, lorsque le malade en a formulé la demande** ».

A défaut de remise de ces documents au patient ou au médecin traitant, ils sont conservés par l'établissement de santé pendant **cinq ans**.

S'agissant des **autres hypothèses**, dont celle de **l'hospitalisation**, les clichés radiographiques sont **insérés au dossier médical** :

« L'hôpital doit conserver les dossiers des malades hospitalisés et, notamment, les clichés radiographiques originaux ».

Cette exigence est désormais confirmée par la nouvelle rédaction de l'article R 710-2-2 du Code de la santé publique, lequel intègre au dossier du patient les « examens para-cliniques notamment d'imagerie ».

**Partie intégrante du dossier médical, la conservation des clichés radiographiques est subordonnée à celle du dossier patient.**