

**ANNEXE 4**

**Demande de communication du dossier patient  
Mineur**

Vous souhaitez obtenir le dossier médical d'un mineur dont vous êtes titulaire de l'autorité parentale. Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner auprès de la direction de l'établissement concerné :

**La Timone** : 264 rue Saint Pierre, 13385 Marseille Cedex 5,  
**Conception** : 147 Bd Baille, 13385 Marseille Cedex 5,  
**Nord** : Chemin des Bourrely, 13915 Marseille Cedex 20,  
**Hôpitaux Sud** : 270 Bd Sainte Marguerite, 13009 Marseille).

**Il est impératif de joindre à votre demande un justificatif d'identité (copie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité ou du Passeport), une attestation sur l'honneur justifiant de la détention de l'autorité parentale sur le mineur (modèle ci-dessous), une copie du livret de famille et/ou copie intégrale de l'extrait d'acte de naissance.**

**■ IDENTITE DU PARENT ET DU PATIENT**

Je soussigné(e)

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom(s) : ..... Date de naissance : .....  
Demeurant : .....  
Téléphone : .....  
Lien de filiation : .....

Souhaite obtenir les pièces du dossier patient de l'enfant ci-après désigné :

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom(s) : ..... Date de naissance : .....  
Demeurant : .....

**■ PIECES DU DOSSIER PATIENT DEMANDEES**

- intégralité du dossier patient
- compte-rendu d'hospitalisation
- compte-rendu opératoire
- clichés (radios, scanners...)
- autres pièces : .....

## ■ RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER

Service(s) d'hospitalisation : .....

Date(s) d'hospitalisation : .....

Chef(s) de services(s) : .....

Hôpital concerné :  Timone  Conception  Nord  Hôpitaux Sud

## ■ MODALITES DE COMMUNICATION

 consultation gratuite sur place (dans le/les service(s) d'hospitalisation) envoi de copies à mon domicile ou au médecin intermédiaire que je désigne :

Docteur (nom / prénom) .....

Adresse .....

Téléphone .....

## ■ FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI

Les frais de reproduction et d'envoi sont fixés par l'établissement.

Ils comprennent le coût des photocopies des documents papier, le coût des copies des clichés radiologiques ou contretypes, les frais d'envoi en R.A.R. (le cas échéant).

Le paiement s'effectue à l'ordre du **Trésor Public**, par chèque bancaire ou postal.

Les tarifs applicables pour l'exercice 2013, en application de la décision du Directeur Général de l'AP-HM n° 95 du 22 janvier 2013, sont les suivants :

Format de copie	Tarif unitaire
A4	0,18 €
A3	0,36 €
CD-ROM / DVD	2,75 €
Contretype (radiographie)	3,00 €
Supplément envoi postal LRAR	7,00 €

A .....

Signature

Le .....

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), (nom, prénoms) atteste exercer sur mon fils\*, ma fille\* (nom, prénoms), l'autorité parentale.

Fait le....., à..... Signature du demandeur :

\* Rayer la mention inutile