Centre Hospitalier Universitaire de Reims	DPA/CPQA/PR/001-D
FORMULAIRE DE DEMANDE DE COPIE DU DOSSIER MEDICAL	: 23/04/2026

Cf : Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients - Décret du 29 avril 2002 – Arrêtés du 5 mars 2004 et du 3 janvier 2007
Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016

PARTIE A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Je soussigné(e), NOM (Nom de jeune fille) : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Rue : .....

Code postal : .....Ville : ..... ☎.....

Demande l'accès :

☐ à mon dossier

☐ au dossier de : NOM (Nom de jeune fille) : .....

date de naissance : .....

☐ **en tant que titulaire de l'autorité parentale** ☐ **en tant que tuteur** ☐ **en tant que curateur**

Motif de la demande (facultatif) : Information ☐ Changement de domicile ☐ Expertise ☐

Autre ☐ (à préciser) : .....

.....

⌦ COMMUNICATION DU DOSSIER

Quels sont les éléments du dossier que vous désirez :

☐ Dossier complet (résultats d'examens médicaux, comptes rendus d'hospitalisation et de consultation, imageries, etc…)

☐ Dossier partiel, préciser les éléments que vous souhaitez : .....

.....

.....

.....

⌦ RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER

Date d'hospitalisation, service(s) d'hospitalisation, nom du (des) médecin(s) hospitalier(s) : .....

.....

⌦ DELAIS POUR LA TRANSMISSION DU DOSSIER

8 jours si la dernière venue dans le service date de moins de 5 ans
2 mois si la dernière venue dans le service date de plus de 5 ans

---

⌦ PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Pour toute demande : Photocopie recto verso de votre pièce d'identité

Si vous êtes le titulaire de l'autorité parentale ⇨ Photocopie de votre livret de famille.

Si vous êtes le tuteur ou le curateur ⇨ Photocopie du jugement

⌦ ACCES AU DOSSIER (un seul choix possible)

☐ Consultation sur place en présence d'un médecin du service

☐ Eléments du dossier à retirer dans le service

☐ Envoi des éléments du dossier au médecin

☐ Envoi des éléments du dossier à mon domicile (envoi recommandé)

Préciser Nom et adresse du médecin : ……

.....

Cette demande sera traitée dès réception de ce formulaire complété et accompagné des pièces justificatives.

Dossier complet à adresser au : CHU - Direction des Usagers
Avenue du Général Koenig
51092 Reims Cedex
Tél : 03 26 78 81 66
Email : copiedossiermedical@chu-reims.fr

Date de la demande : .....

Signature du demandeur :

Nom et Prénom du demandeur : .....

==========

PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE

Ce document est destiné au recensement des demandes d'accès aux dossiers médicaux. ***Il doit être obligatoirement adressé à la Direction des Usagers par courrier ou par mail.***

Suite donnée :

Envoi au demandeur ☐ Envoi au médecin ☐ Eléments remis dans le service ☐ Entretien ☐

Date de la suite donnée : ..... *Cachet du service* :

Observations : .....

.....

.....

Photocopies papier : Nombre d'exemplaires ☐ format A 4 ☐ format A 3

Radiographies : Format 24 x 30 ☐

Format 36 x 43 ☐

CD rom ☐