

**PATIENT ou son  
REPRESENTANT LEGAL**

### Identité du patient

Afin que la demande puisse être recevable, **il est impératif** de joindre au formulaire la **photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto/verso)** du patient.

**NOM (en lettres majuscules)** | \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance | \_\_\_\_\_  
 Prénom | \_\_\_\_\_  
 Né(e) le | \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| à .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code postal |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Ville.....  
 Courriel .....@.....  
 Portable |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

### Identité du demandeur (si différent du patient)

**Représentant légal du mineur** Père  Mère

*Fournir une copie de tout document attestant de l'autorité parentale (livret de famille et/ou jugement de divorce .....) et la photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité (recto/verso)*

**Représentant légal du majeur sous tutelle**

*Fournir une copie du jugement leur confiant la tutelle et la photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité (recto/verso)*

**Mandataire (tiers autorisé)**

*Fournir un courrier du patient l'autorisant à agir en son nom et la photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité (recto/verso)*

#### Merci de préciser ci-dessous

**NOM (en lettres majuscules)** | \_\_\_\_\_  
 Prénom | \_\_\_\_\_  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code postal |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Ville .....  
 Courriel .....@.....  
 Téléphone |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**Compléter le verso du document**



## Pièces du dossier patient demandées

(Les frais de copie ou de support utilisé ainsi que les frais d'envoi sont facturables, merci de bien prendre connaissance des tarifs ci-dessous)

- Le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH)
- Le Compte Rendu Opératoire (CRO)
- Les résultats d'examens : Radiographie, Echographie, Scanner, IRM (*rayez la mention inutile*)
- Le dossier complet
- Autre document : .....

### Renseignements indispensables pour la recherche du dossier :

Hôpital .....

Service(s) concerné(s) .....

Nom(s) du ou des médecin(s) .....

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

### Modalités d'accès au dossier :

- 1  Consultation du dossier sur place en présence d'un médecin hospitalier (Gratuit)
- 2  Envoi sur mon espace sécurisé personnel MyHCL (Gratuit)
- 3  Envoi de mon dossier en format dématérialisé + envoi clé de décryptage par courrier (Gratuit)
- 4\*  Envoi postal, au Docteur ..... que je désigne comme intermédiaire  
Adresse .....
- Code postal |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| Ville .....
- 5\*  Envoi postal ou remis sur place au mandataire (rayez la mention inutile)  
à M./Mme ..... que je désigne comme mandataire  
Adresse .....
- Code postal |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| Ville .....

\*les choix 4, 5 sont envoyés par lettre recommandée et payant si le coût de reproduction et d'envoi postal sont supérieurs à 7 euros

**Coût :** la communication du dossier est payante et reste à la charge du demandeur (Article L1111-7 du Code de la santé publique)

**Aux Hospices Civils de Lyon,** un avis de prépaiement vous sera adressé, **seulement,** si le coût de la délivrance des documents et l'envoi postal en lettre recommandée est **supérieur à 7 euros.**

Envoi sur MyHCL ou dématérialisé ou consultation sur place GRATUIT CD-Rom = 5,32€

Photocopie A4 = 0,19€ Photocopie A3 = 0,38€

Contretype radiographie = 2,13€ / \*\*5,13€ pour Hôpital R.Sabran

**Ce document est à adresser, accompagné des justificatifs, par courrier :**

Groupement Hospitalier (Nord/Sud/Est/Centre/\*\*R.Sabran)

Hôpital ....

Direction /Réfèrent des Usagers.....

.....

.....

**Date de la demande :**

**Signature du demandeur :**