



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

**MINEUR OU  
MAJEUR PROTEGE**

### FICHE DE DEMANDE DE CONSULTATION OU DE REMISE D'ELEMENTS MEDICAUX

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un enfant mineur dont vous avez l'autorité parentale ou d'une personne placée sous votre tutelle.

Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner à l'adresse suivante :

- Hospitalisation/consultation à Tarbes** : Centre Hospitalier de Tarbes – service des archives médicales - Boulevard de Lattre de Tassigny – 65 000 Tarbes  
ou par mail : [marchives@ch-tarbes-vic.fr](mailto:marchives@ch-tarbes-vic.fr) (tél. : 05 62 54 58 75)
- Hospitalisation/consultation à Lourdes** : Centre Hospitalier de LOURDES - service des archives médicales – 2, Avenue Alexandre Marqui – 65107 LOURDES  
ou par mail : [archives@ch-lourdes.fr](mailto:archives@ch-lourdes.fr) (Tél. : 05 62 42 40 66)

### **VOUS ETES REPRESENTANT LEGAL D'UN ENFANT MINEUR OU MAJEUR PROTEGE**

#### VOS COORDONNEES

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ mail : ..... @ .....

### **IDENTITE DU PATIENT**

Mineur

Majeur protégé

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de Naissance : .....

### **HOSPITALISATION ET/OU CONSULTATION CONCERNEE(S)**

*Pour faciliter la recherche, merci de compléter le tableau ci-dessous*

DATES	SERVICE D'HOSPITALISATION OU DE CONSULTATION

### **PIECES SOUHAITEES**

**Je souhaite l'intégralité de mon dossier médical (pour les séjours concernés) :**

Avec les radiographies

Sans les radiographies

**Je ne souhaite pas l'intégralité de mon dossier médical**, veuillez préciser les documents souhaités :

Compte rendu d'hospitalisation ou de consultation

Compte rendu opératoire

Compte rendu de radiologie, échographie, scanner, IRM

Résultats analyses de biologie médicale

**MODALITES DE COMMUNICATION**

(Cochez la case correspondant à votre choix)

- Envoi postal** à mon domicile
- Retrait des documents** auprès du service des archives médicales
- Consultation sur place** :
- Avec accompagnement médical
- Sans accompagnement médical
- Transmission au médecin de votre choix** :
- Coordonnées du médecin :
- Nom : ..... Prénom : .....
- Adresse : .....
- .....

**Le demandeur s'engage à régler au Centre Hospitalier les frais de reproduction et d'envoi des documents demandés.  
(Article L.1111-7 CSP /Arrêté 1er octobre 2001)**

Fait à .....,  
le...../...../.....

Signature obligatoire



**Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre la copie des éléments suivants :**

**Pour un mineur :**

- Carte nationale d'identité du demandeur, du passeport ou permis de conduire
- Document attestant la filiation (livret de famille) ou copie de l'acte de naissance de l'enfant mineur
- En cas de divorce ou de séparation, décision de justice justifiant de l'autorité parentale
- Justificatif de domicile

**Pour un majeur protégé**

- Carte nationale d'identité du demandeur, du passeport ou permis de conduire
- Copie de la décision du juge des tutelles
- Copie de la carte nationale d'identité du majeur protégé
- Justificatif de domicile