

Rédigé par : J.THOMAS	Date d'application : 02/01/2025	Page : 1/2
Vérifié par : M.HUBERT		
Approuvé par : M. HUBERT		
Appliqué par : Usagers du Centre Hospitalier et Archives médicales	EN/PATU/816	Version : 4

### IDENTITÉ DU DEMANDEUR / PATIENT <sup>(1)</sup>

Nom de naissance : ..... Prénom : .....  
 Nom marital : ..... Né(e) le : ...../...../.....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Mail : ..... Téléphone : .....

*(1) Joindre la photocopie d'une pièce d'identité valide (CNI ou passeport)*

### ENFANT <sup>(2)</sup>

Je suis détenteur de l'autorité parentale d'un enfant mineur

Nom de naissance : ..... Prénom : .....  
 Né(e) le : ...../...../.....

*(2) Joindre une pièce d'identité valide du parent + la photocopie du livret de famille (ou, le cas échéant, la copie du jugement pour l'exercice de l'autorité parentale)*

### TUTELLE <sup>(3)</sup> / CURATELLE <sup>(4)</sup>

Patient sous tutelle <sup>(3)</sup>

Patient sous curatelle <sup>(4)</sup>

*(3) Joindre une pièce d'identité valide du tuteur + photocopie du jugement de tutelle*

*(4) Joindre une pièce d'identité valide du demandeur/patient + la photocopie du jugement de curatelle + l'accord financier du curateur*

### ÉLÉMENTS DU DOSSIER MEDICAL SOUHAITÉS :

COCHER LE(S) ÉLÉMENT(S) SOUHAITÉ(S)	SÉJOUR(S) CONCERNÉ(S) - SERVICE(S) ET DATE(S)
<input type="checkbox"/> Compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation(s)	
<input type="checkbox"/> Compte(s)-rendu(s) de consultation(s)	
<input type="checkbox"/> Compte(s)-rendu(s) opératoire(s)	
<input type="checkbox"/> Compte(s)-rendu(s) d'imagerie(s) (radio, scanner, IRM...)	
<input type="checkbox"/> Imagerie(s) (radio, scanner, IRM ...) sur DVD	
<input type="checkbox"/> Compte(s)-rendu(s) d'examen(s) biologique(s)	
<input type="checkbox"/> Autres documents, à préciser : ..... .....	

Rédigé par : J.THOMAS	Date d'application : 02/01/2025	Page : 2/2
Vérifié par : M.HUBERT		
Approuvé par : M. HUBERT	EN/PATU/816	Version : 4
Appliqué par : Usagers du Centre Hospitalier et Archives médicales		

MODALITÉS DE COMMUNICATION (COCHER UN SEUL CHOIX)

- Venir chercher les copies au service des archives médicales (du lundi au vendredi, de 9h30 à 16h)
  - Recevoir les copies par mail si le dossier n'excède pas 70 feuilles et qu'il ne contient pas d'imagerie.  
*En cochant cette case, vous acceptez les risques d'envoi sur une boîte mail non sécurisée (Absence de sécurité concernant la confidentialité. De plus, l'échange écrit ne permet pas toujours de bien s'assurer que l'information donnée a été comprise et bien interprétée.)*
  - Envoi postal des copies (les frais d'expédition par recommandé sont à la charge du demandeur)
    - à mon domicile
    - ou à un médecin, précisez ses coordonnées :  
.....  
.....
- Attention, toute demande en multiples exemplaires entrainera des frais de copies à partir du 2<sup>ème</sup> exemplaire.*
- Consulter le dossier sur place en présence d'un médecin du service (sur rendez-vous uniquement)

Le Centre Hospitalier de Cornouaille a l'obligation de conserver les originaux des dossiers médicaux (cf. Code de la Santé Publique). Ainsi, seules des copies pourront être délivrées.

Toute demande fractionnée ou multiple entrainera des frais de copies (0,25 cts/page et 3.20 euros/Cd-rom)

Fait à ....., le .....

Signature obligatoire :

DEMANDE COMPLÈTE (FORMULAIRE + JUSTIFICATIFS) À RETOURNER  
À L'ADRESSE SUIVANTE :

Par Mail : archives@ch-cornouaille.fr

ou

Par courrier à : Service des archives médicales  
CENTRE HOSPITALIER DE CORNOUAILLE  
14 Avenue Yves Thépot  
BP1757 – 29107 QUIMPER Cedex

Pour toute question relative à votre demande, vous pouvez contacter notre service au 02.90.94.42.62 du lundi au vendredi de 9h30 à 16h.