

**La demande est à formuler par l'intermédiaire de cet imprimé, daté, signé et accompagné des justificatifs demandés.** Nous attirons votre attention sur les **frais mentionnés** dans le tableau ci-dessous et sur le caractère strictement **personnel** des informations que vous allez détenir, notamment **vis-à-vis de tierces personnes, y compris à des organismes d'assurance.**

**Par courrier : CHU de Lille - Institut Cœur Poumon (ICP) - Cellule DAJ-ADM (niveau -2) - boulevard du Pr Jules Leclerc 59000 LILLE ou Par mail : ([accesdossiermedical@chu-lille.fr](mailto:accesdossiermedical@chu-lille.fr))/☎ 03.20.44.46.30**

**IDENTITÉ DU PATIENT** : Nom d'usage : ..... Nom de jeune fille.....  
 Prénom..... Date de naissance ...../...../.....  
 Téléphone ..... Mail.....

**HOPITAL CONCERNÉ** – Merci de cocher le/les établissement(s) concerné(s) par votre demande :

- Bateliers  Institut Cœur Poumon  Fontan  Huriez  Jeanne de Flandre  Salengro  Swynghedauw

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR** :  Patient  Représentant légal (*préciser*) : .....

Nom ..... Prénom.....

**DESTINATAIRE DE LA COPIE** :  Demandeur  Personne mandatée par le patient (*préciser*) : .....

Nom ..... Prénom.....

Adresse .....

Code postal..... Ville.....

Téléphone ..... Mail .....

**INFORMATIONS RELATIVES A L'HOSPITALISATION**

Date/période du séjour concerné .....

Service(s) .....

**DOCUMENTS SOUHAITÉS** (ex : compte rendu, courrier, imagerie, etc.)

.....

**MOTIF** (facultatif) : .....

**PIÈCES À JOINDRE :**



- Photocopie recto-verso de votre **pièce d'identité**
- Pour un patient majeur protégé : photocopie du jugement de **désignation du tuteur**
- Pour un patient mineur : photocopie d'un **justificatif de votre autorité parentale** (ex : livret famille, extrait d'acte de naissance, décision de justice)

**MODALITÉS DE COMMUNICATION DES ÉLÉMENTS** : (cochez la case correspondante) :

- Retrait sur place** : - Soit auprès du secrétariat médical si le dossier est gratuit.  
 - Soit auprès de la régie comptable si le dossier est facturable.

**Toute personne venant retirer les documents à votre place devra justifier de son identité et présenter mandat et copie de votre pièce d'identité.**

**Envoi postal** :

**Consultation sur place** : Vous serez contacté(e) par téléphone pour organiser un rendez-vous.

Souhaitez-vous la présence d'un médecin du CHU ?  OUI  NON, de ville  OUI  NON

La 1<sup>ère</sup> demande de copie de dossier médical ne sera pas facturée. Ci-dessous les tarifs à compter de la 2<sup>ème</sup> demande de copie

BAREME DE PRIX 2024 (Décision CHU de Lille n°23/12/0987)	FRAIS DE REPRODUCTION
DE 1 A 30 photocopies	<b>NON FACTURÉ</b>
DE 31 A 100 photocopies	6.26 €
DE 101 A 200 photocopies	23.34 €
DE 201 A 500 photocopies	44.56 €
DE 501 A 750 photocopies	111.39 €
SUPERIEUR à 750 photocopies	172.93 €
PRIX UNITAIRE CLICHE RADIO	1.38 €
PRIX UNITAIRE CD : Examen à données numériques	3.61 €

Fait le :

Signature :