

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)/☎ 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*) :

NomPrénom.....

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

NomPrénom.....

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) :

☐ Envoi par mail (ou voie postale en cas d'impossibilité) :

☐ 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^{ère} demande de copie de dossier médical ne sera pas facturée. Ci-dessous les tarifs à compter de la 2^{ème} demande de copie

BAREME DE PRIX 2024 (Décision CHU de Lille n°24/12/0958)	FRAIS DE REPRODUCTION
DE 1 A 30 photocopies	NON FACTURÉ
DE 31 A 100 photocopies	6.45 €
DE 101 A 200 photocopies	24.04 €
DE 201 A 500 photocopies	45.89 €
DE 501 A 750 photocopies	114.74 €
SUPERIEUR à 750 photocopies	178.11 €
PRIX UNITAIRE CLICHE RADIO	1.42 €
PRIX UNITAIRE CD : Examen à données numériques	3.72 €

Fait le :

Signature :