

Vous souhaitez accéder à  **votre dossier médical**  ou vous voulez accéder au dossier médical de la personne suivante :

- le **majeur placé sous tutelle** (si vous êtes le tuteur),
- un **patient** (si vous êtes mandaté par ce dernier)

Veillez compléter le formulaire ci-dessous et l'envoyer à l'adresse suivante accompagné des pièces justificatives :

Direction  
Centre Azuréen de Cancérologie  
1, Place du Dr Jean-Luc Broquerie  
06250 Mougins

### Votre identité (demandeur)

Qualité du demandeur :  Patient  conjoint ou partenaire lié par un PACS/Mariage  Tuteur

Autres : Veuillez préciser.....

Civilité :  Mme  M.  Non généré

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Adresse : ..... Adresse mail : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone portable : ..... Fixe : .....

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

Civilité :  Mme  M.  Non généré

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Adresse : ..... Adresse mail : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone portable : ..... Fixe : .....

### Pièces justificatives à fournir

#### Vous êtes

#### Pièces justificatives à fournir

Le patient lui-même

- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport)
- Un document daté et signé justifiant votre demande

Le tuteur du majeur placé sous tutelle

- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité
- Une copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du patient placé sous tutelle et concerné par la demande
- Une copie de l'acte juridique de désignation établi par le tribunal

La personne mandatée par le patient

- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité
- Une copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du patient concerné par la demande
- Un document écrit permettant de justifier du mandat daté et signé par le patient concerné

### Pièces du dossier médical souhaitées

L'intégralité du dossier

#### Certaines pièces

- Compte rendu fin de traitement de radiothérapie
- Observations médicales

Compte Rendu Opérateur-Compte Rendu Histologique

Autres pièces : .....

### Périodes de votre prise en charge


### Modalités de communication

Consultation du dossier sur place

Souhaitez-vous un accompagnement médical par l'établissement pour sa lecture

Oui

Non

Souhaitez-vous être accompagné d'un tiers

Oui

Non

Si « Oui », veuillez préciser : Nom, prénom et qualité

.....

Remise de la copie du dossier à récupérer sur place

Envoi de la copie à votre domicile en recommandé accusé réception

Envoi de la copie au médecin de votre choix. Veuillez préciser son nom, prénom et adresse : .....

.....

.....

.....

.....

#### **Frais de reproduction et d'envoi à la charge du demandeur.**

- < 50 pages : 10 €
- Entre 50 et 200 pages : 20 €
- Au-delà de 200 pages : 40 €
- Plus les frais d'envoi au tarif de la poste en vigueur pour LR avec AR

Fait à .....

Signature du demandeur

Le .....