



## Demande de copie du dossier médical, remise du dossier original

Nous vous remercions d'être attentifs qu'un délai d'attente jusqu'à 1 mois est possible en fonction du volume du dossier et du nombre de demandes en cours.

### 1. Coordonnées du-de la patient-e :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Né-e le : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

### 2. Documents demandés (cocher ce qui convient) :

- Copie du dossier médical complet  Copie des trois dernières consultations  
 Copie des lettres transmises au-à la médecin traitant-e  Autre, à préciser : \_\_\_\_\_  
 Souhaite la **remise** du dossier médical original

### 3. Format et délai de remise :

**Format :**  Clé USB **Délai :**  Délai standard (jusqu'à 30 jours) – sans frais  
 Papier  Urgent (72h) – frais : CHF 50. -

*Note : sans indication, envoi sur clé USB dès 30 pages.*

### 4. Mode de remise du dossier patient (veuillez cocher une seule case svp) :

- Je souhaite recevoir les documents demandés par courrier recommandé à mon domicile  
 Je souhaite que les documents demandés soient adressés directement au médecin ou thérapeute ci-dessous :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse, localité, pays : \_\_\_\_\_

### 5. Signatures :

Pour les patient-e-s mineur-e-s :

- **Moins de 12 ans : signature des deux parents** et copies de leurs documents d'identité.
- **12-14 ans : signature des deux parents, ainsi que de l'enfant**, si capable de discernement et copies de leurs documents d'identité.
- **15 ans révolus et plus : signature du-de la patient-e** uniquement, si capable de discernement.

En cas **d'autorité parentale détenue par un seul parent**, le parent demandeur joint à cette demande la **convention attestant de la détention de l'autorité parentale**.

Je soussigné-e, confirme avoir pris connaissance des conditions requises pour l'exécution de la demande et en accepte les modalités.

Lieu : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
(Patient-e)

Signature : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
(Parent/ représentant-e) (Parent/ représentant-e)

**A retourner à : C.A.M.A, Av. de France 15 • CP 5143, CH-1002 Lausanne (cama@fa2.ch)**

**Veuillez joindre une copie de pièce d'identité avec signature visible – sans ce document votre demande ne sera pas traitée**