



*CENTRE HOSPITALIER "Emile BOREL"
Saint-Affrique*

**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL
A LA DEMANDE DU PATIENT**

La loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 et l'arrêt du Conseil d'état en date du 26 septembre 2005 vous donnent la possibilité soit de :

- consulter votre dossier sur place en présence d'un médecin hospitalier
- recevoir la copie de votre dossier médical par envoi postal

Aucune information médicale ne sera transmise par mail, ni par fax afin de garantir la confidentialité et le secret du dossier médical.

Important : n'oubliez pas de joindre la photocopie de votre carte d'identité

IDENTITE DU PATIENT :

Nom de naissance : _____ d'épouse : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° de Téléphone (domicile ou portable) : _____

Date d'hospitalisation : _____ Date de consultation : _____

DOCUMENTS DEMANDES :

Tout dossier médical est composé essentiellement de : Compte rendu hospitalisation, Compte rendu opératoire, Courriers médecins, résultats laboratoire, Clichés de radiologies(1), Compte rendu de radios, Dossier infirmier.

- (1) les clichés de radiologie ne peuvent faire l'objet que d'un prêt.
Ils doivent être demandés à la secrétaire du service dans lequel le patient a été hospitalisé.
Ce dernier devra remplir un formulaire dans lequel il s'engage à restituer les clichés.

Votre demande concerne donc :

les pièces essentielles (merci de préciser ci-dessous)

.....

l'intégralité du dossier

Frais d'envoi et de copies

- Compte rendu d'hospitalisation : 1€ par compte rendu
- Compte rendu opératoire : 1€ par compte rendu
- CD (compte rendu scanographique) : 2,75€
- Intégralité du dossier : 10 €
- frais d'envoi recommandé (4,70€ pour les comptes rendus d'hospitalisation et les comptes rendus opératoires / 5,15€ pour le dossier complet)
- Autres comptes-rendus : 0,20€ la feuille

MODALITE DE COMMUNICATION :

- Envoi du dossier à mon domicile ou à une autre adresse par courrier avec A/R (joindre règlement correspondant à votre demande libellé à l'ordre du trésorier principal)

Adresse :

- Envoi au médecin de mon choix par courrier avec A/R (joindre règlement correspondant à votre demande libellé à l'ordre du trésorier principal)

Nom et adresse :
.....
.....
.....

- Retrait sur place : merci de nous indiquer vos coordonnées téléphoniques pour que nous puissions vous contacter et fixer un rendez-vous : (se munir d'une pièce d'identité et du règlement correspondant)

- Retrait sur place par un tiers : merci de nous indiquer vos coordonnées téléphoniques pour que nous puissions vous contacter et fixer un rendez-vous : (se munir d'une pièce d'identité, du règlement et d'une procuration établie par le demandeur).

- Consultation sur place (se munir d'une pièce d'identité) : merci de nous indiquer vos coordonnées téléphoniques pour que nous puissions vous contacter et fixer un rendez-vous :

- Avec accompagnement médical (médecin correspondant hospitalier)
- Sans accompagnement médical

ET/OU

- En présence d'une tierce personne de mon choix
- Sans la présence d'une tierce personne

Dans tous les cas, les frais d'envoi sont à la charge du demandeur.

La signature de ce formulaire entraîne l'acceptation de votre part du paiement des frais de traitement et de copie.

Date :

Signature :

NB : Tout envoi complémentaire pourra donner lieu à une nouvelle facturation