CENTRE HOSPITALIER
DU SUD SEINE ET MARNE
FONTAINEBLEAU • MONTEREAU-FAULT-YONNE • NEMOURS

Demande de communication de documents médicaux par le patient

Formulaire à retourner au :

Centre Hospitalier du Sud Seine et Marne, Service des Relations Usagers
15 rue des Chaudins 77140 NEMOURS
ou par mail : relation.usagers@ch-sud77.fr

Identité du demandeur

Je soussigné(e)

Nom de naissance : .....**Prénom** : .....

Nom marital : ..... né(e) le : .....

Domicilié(e) à.....

.....

Tel : ..... Mail :.....

Je demande mon dossier médical :

Pièce à joindre à votre demande (justificatif d'identité)

- copie de votre carte d'identité/carte de résident

ou

- copie de votre passeport/titre de séjour

ou

- copie de votre permis de conduire.

Renseignements facilitant la recherche des informations médicales

SITE(S) CONCERNE(S) : ☐ **Fontainebleau** ☐ **Montereau-Fault-Yonne** ☐ **Nemours**

Date d'entrée	Date de sortie	Service d'hospitalisation ou de consultation

Nature des documents demandés

Cocher les pièces significatives du dossier médical :

- ❑ Observations médicales
- ❑ Compte-rendu opératoire
- ❑ Dossier d'anesthésie
- ❑ Compte-rendu d'examen
- ❑ Compte-rendu d'hospitalisation
- ❑ Compte-rendu de consultation
- ❑ Dossier infirmier
- ❑ Compte-rendu d'imagerie médicale
- ❑ Clichés d'imagerie, précisez les dates :

.....

Conformément à l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique, la reproduction des documents vous sera facturée. En revanche, la consultation sur place (sans reprographie) est gratuite.

FRAIS de copie et de communication

- Photocopie A4 : 0,18 € (la feuille)
- Photocopie A3 : 0.40 € (la feuille)
- Cliché radio petit format : 0.45€
- Cliché radio moyen format : 1,60€
- Cliché radio grand format : 3,40€
- Scanner sans CDROM : 1,50 €
- Scanner/IRM CDROM : 2,75 €
- Mammographie 8*/10 : 3€
- Mammographie 10*/12 : 4 €
- Pochette examen : 0.50€

Frais d'envoi recommandé : minimum 4,46 €

ou

☐ **autres documents** (à préciser) : .....

.....

*A défaut de précision sur les éléments attendus, **seule la copie du dernier compte-rendu** vous sera adressée par courrier et sans frais.*

Modalités de communication des documents

❑ **Consultation sur place en présence d'un médecin** (sur le site concerné sur RDV) – ***gratuit***

❑ **Remise de copie sur place** (aux admissions du site concerné) – ***payant***

❑ **Envoi postal** – recommandé accusé de réception - ***payant***

Envoi : ❑ à moi-même *ou* ❑ à un médecin

Nom et prénom du médecin : ……..……

Adresse : ……..……...

……

……

Les informations demandées ont été constituées depuis moins de 5 ans : les documents vous seront communiqués dans un délai de 8 jours.
Les informations demandées ont été constituées depuis plus de 5 ans : les documents vous seront communiqués dans un délai de 2 mois.
Dans tous les cas, vous devrez attendre 48 heures après réception de votre demande. Ce délai de réflexion est imposé par la loi.

Attestation

Je soussigné(e) **M, Mme,……..**

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- accepte de prendre en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé

DATE : **SIGNATURE**

Pour tout renseignement : 01 64 45 19 06 ou 01 64 31 65 10

Cadre réglementaire : Loi 2002-303 du 4 mars 2002 –Arrêté du 5 mars 2004 ; Décret 2006-6 du 4 janvier 2006, Arrêté du 3 janvier 2007, Article L 1111-7 ? L1110-4 et R 1111—7 du C.S.P. loi 2016-41 du 26 janvier 2016