

Demande de communication de documents médicaux par le patient

Avant toute demande, afin d'y retrouver les documents afférents à vos hospitalisations ou consultations, nous vous invitons à consulter votre espace santé sur www.monespacesante.fr



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(s) :

Nom marital : né(e) le :

Domicilié(e) à

Tél : E-mail :

► Je demande mon dossier médical :

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

- copie de votre carte nationale d'identité
ou
- copie de votre passeport en cours de validité
ou
- copie de votre permis de conduire (si édité après le 19 janvier 2013)

► Renseignements facilitant la recherche des informations médicales

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

Date(s) d'entrée	Date(s) de sortie	Service(s) d'hospitalisation ou de consultation

► Nature des documents demandés

Cocher les pièces significatives du dossier médical :

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

Autres documents (à préciser) :

.....

S'agit-il d'une première demande ? Oui Non

Frais de copie à votre charge dès la seconde demande

A défaut de précision sur les éléments attendus, seule la copie du dernier compte-rendu vous sera adressée par courrier simple, sans frais s'il s'agit d'une première demande.

► Modalités de communication des documents

- Consultation sur place en présence d'un médecin (sur le site concerné sur RDV) – *gratuit*
- Retrait sur place (aux admissions du site concerné)
- Envoi postal – envoi simple
- Envoi postal – envoi recommandé avec accusé de réception (cf.: frais de communication)

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.*

Frais de copie et de communication :

Frais de copie et de communication

- Photocopie A4 : 0,18 € (la feuille)
- Photocopie A3 : 0,40 € (la feuille)
- Cliché radio : 1,60 €
- 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 €

► 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 dès la seconde demande et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé.

DATE :

SIGNATURE :

Réservé à l'administration :

Je soussigné(é)

demeurant au :

.....

reconnait avoir reçu ce jour, en main propre, les documents du dossier patient relatifs à cette demande.

Le : Signature :

Pour tout renseignement : 01 64 45 19 06

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 ; Articles L1111-7, L1110-4 et R 1111-7 du C.S.P. loi 2016-41 du 26 janvier 2016