

FORMULAIRE de DEMANDE d'INFORMATIONS CONTENUES dans le DOSSIER MEDICAL

*A retourner dûment rempli à Archives Médicales
Centre hospitalier Alès-Cévennes - 811 avenue Docteur Jean-Goubert - 30100 ALES,
accompagné de la photocopie de la pièce d'identité recto verso du demandeur ainsi que, selon le cas, de la copie attestant de
l'autorité parentale (livret de famille, jugement...) quand il s'agit d'une demande pour un enfant ou le jugement confiant la tutelle,
lorsqu'il s'agit d'une demande pour un majeur protégé.*

Demandeur : parent ou tuteur
Première demande d'accès au dossier médical ? oui non

1/ Je soussigné(e) : Nom : Prénom :
Né(e) le :/...../.....
Domicilié(e) :
Téléphone : Courriel :@.....

Agissant en qualité de représentant légal de (préciser ci-dessous) : tuteur de (préciser ci-dessous) :

Nom : Prénom :
Né(e) le :/...../.....
Domicilié(e) :
Téléphone :

2/ demande à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier d'Alès-Cévennes, la communication des pièces suivantes du dossier médical :

- dossier de base, comprenant selon le cas : compte rendu des urgences, compte rendu opératoire, compte rendu d'hospitalisation, compte rendu de consultation, compte rendu d'imagerie, biologie et anatomopathologie
 - dossier de base + dossier de soins
 - imagerie (livret radiographie, livret scanner + CD, livret IRM +CD, échographie)
- ou le ou les documents précisés ci dessous :

3/ je précise la ou les dates de mon ou mes hospitalisation(s) concernée(s)

service : du/...../..... au/...../.....	service : du/...../..... au/...../.....
---	---

Information(s) que je souhaite communiquer pour compléter ma demande :

4/ je choisis ci-dessous les modalités de communication souhaitées :

- consultation sur place :
 - sans la présence d'un médecin
 - avec l'accompagnement d'un médecin} Consultation gratuite
- envoi postal en recommandé avec accusé de réception
- envoi postal en recommandé avec accusé de réception à mon mandataire : Nom :
Prénom :
Adresse :
- remise en main propre : à moi-même
 à une personne désignée par procuration signée de ma main (à compléter au verso)

5/ Si première demande d'accès au dossier, gratuité de la reproduction hors participation aux frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception (voir paragraphe 6)

6/ Si seconde demande et plus, je suis informé des coûts représentés par la reproduction des documents et le mode de communication (selon le cas choisi)

	coût
dossier de base pour une hospitalisation	5 €
dossier de base + dossier de soins infirmiers	9 €
reproduction livret(s) de radiographie	6 €
reproduction scanners ou IRM + CD (par livret)	6 €
bénéficiaire de la CMU ou de L'AME (fournir justificatif), quand dossier récupéré sur place	gratuit
participation au frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception	7 €

6/ je n'envoie pas d'argent maintenant, un avis de prépaiement me sera communiqué m'indiquant le montant dû. La réception du paiement validera la demande.

Date de la demande :/...../.....

Signature du demandeur :

Procuration

Je soussigné(e) : nom : prénoms :

né(e) le :/...../.....

domicilié(e) :

.....

.....

autorise : nom : prénom : à récupérer les documents demandés au recto de la feuille, **en présentant sa propre pièce d'identité.**

A le

Signature