

**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  
ou par mail à archivesmedicales@ch-ales.fr

**Demandeur : patient**

Première demande d'accès au dossier médical ?  oui  non

1/ Je soussigné(e) : Nom : ..... Prénoms .....  
Né(e) le : ...../...../.....

Domicilié(e) : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....@.....

2/ demande à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier d'Alès-Cévennes, la communication des pièces suivantes de mon 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 : .....	service : .....
du ...../...../.....	du ...../...../.....
au ...../...../.....	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 } Consultation gratuite  
 avec l'accompagnement d'un médecin

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 <b>pour une hospitalisation</b>	5 €
dossier de base + dossier de soins infirmiers	9 €
reproduction livret(s) de radiographie	6 €
reproduction scanners ou IRM + CD ( <b>par livret</b> )	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