



DEMANDE DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS MEDICALES DU DOSSIER PATIENT (MINEUR OU MAJEUR PROTEGE)

Date d'application
12/02/2024

Page 1 sur 2

Référence : DIM/DIM/FO/005

Version : 004

MODALITES D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Vous avez demandé à prendre connaissance de tout ou partie du dossier médical du patient désigné ci-dessous. Conformément à la loi du 4 mars 2002.

Avertissement :

Nous attirons votre attention sur le fait que certaines informations des dossiers médicaux, portées à la connaissance de la personne ou de tiers, peuvent être **préjudiciables**.

Délai de réflexion :

La loi impose un délai de réflexion de 48 heures après réception de votre demande écrite.

Demande de documents contenus dans le dossier du patient :

Votre demande doit impérativement être **écrite, datée et signée**. Elle doit être adressée au Directeur de l'Etablissement, ou à la Direction Qualité Gestion des Risques et Droits des Usagers ou au médecin responsable du Département de l'Information Médicale, **accompagnée d'une photocopie de pièce d'identité**.

Modalités d'accès

Si vous souhaitez consulter votre dossier en présence d'un médecin, *ce que nous conseillons par principe*, vous pouvez désigner le médecin de votre choix (médecin de cet établissement ou tout autre médecin). Dans le cas contraire, vous pourrez consulter votre dossier en présence d'un personnel du DIM. Bien entendu, il vous est interdit de prendre le moindre document, de modifier ou effacer des informations.

Si vous souhaitez que les copies de tout ou partie de votre dossier vous soient envoyées, celles-ci vous seront facturées. Le montant sera en fonction du nombre de copies et/ou CD-Rom, et de l'affranchissement en recommandé. L'envoi s'effectuera après réception du règlement par chèque à l'ordre de la Régie du CH Montluçon - Nérès-Les-Bains adressé au Service DIM, transmis ensuite à l'accueil central.

En cas de remise sur place, le paiement se fait à l'accueil central.

Tarifs de facturation :

OBJET	Prix unitaire
Tarif forfaitaire de 1 à 10 pages	3,12 €
Supplément au-delà de 10 pages	
A4	0,19 €
A4 recto/verso	0,28 €
A3	0,37 €
A3 recto/verso	0,56 €
Imagerie CD-ROM (TDM, IRM...)	2,86 €
Imagerie qualité photo A4	1,51 €
Imagerie qualité photo A3	3,02 €
Affranchissement, tarif forfaitaire	7,80 €

... / ...



DEMANDE DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS MEDICALES DU DOSSIER PATIENT (MINEUR OU MAJEUR PROTEGE)

Date d'application
12/02/2024

Page 2 sur 2

Référence : DIM/DIM/FO/005

Version : 004

Imprimé à retourner à :

**Direction des droits des patients et des relations avec les usagers
Centre Hospitalier Montluçon - Nérès-Les-Bains - 18 avenue du 8 mai 1945 - 03113 MONTLUCON**

Identité du demandeur (joindre copie de pièce d'identité)

Nom du père (*joindre copie du livret de famille & dans le cas d'une séparation ou d'un divorce joindre une copie du jugement*) :

Prénoms :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

c Nom de la mère (*joindre copie du livret de famille & dans le cas d'une séparation ou d'un divorce joindre une copie du jugement*) :

Prénoms :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Nom du tuteur (*joindre copie du jugement*) :

.....

Prénoms :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

ATTENTION, le mineur peut s'opposer à la transmission du dossier médical au titulaire de l'autorité parentale. Il pourra être consulté avant la remise des documents.

Identité du patient

Nom de naissance :

Prénoms : Date de naissance : / /

➤ **Souhaite obtenir communication de la copie des documents suivants :**

- Les comptes rendus d'hospitalisation
- Les comptes rendus de consultation
- Les comptes rendus opératoires
- Les dossiers d'anesthésie
- Les courriers échangés entre professionnels de santé
- Les dossiers de soins infirmiers
- Les comptes rendus d'examens complémentaires (radiologie, biologie...)
- Scanner, IRM, Radiographies (Certaines radiographies ne pourront pas être reproduites, mais seulement prêtées)

➤ **Renseignements facilitant la recherche du dossier** (*date de l'hospitalisation, service d'hospitalisation*)

➤ **Selon les modalités suivantes :**

- Remise sur place au DIM après règlement auprès de l'accueil central des frais de copies (*une pièce d'identité vous sera demandée*)

En cas d'impossibilité de vous déplacer vous pouvez donner l'autorisation à une tierce personne de venir à votre place, (*une pièce d'identité lui sera demandée en plus de la vôtre*)

Nom : Prénom :

- Envoi postal à mon Nom par Lettre Recommandée avec AR, Les frais d'envoi donnent lieu à facturation (*en plus des frais de copies*).

- Envoi postal au médecin (*Nom, Prénom, adresse*) par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception (*Les frais de copies & d'envoi sont à la charge du demandeur*)

Date : / /

Signature :