



DEMANDE DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS MEDICALES DU DOSSIER PATIENT (PATIENT LUI-MEME)

Date d'application
22/04/2021

Page 1 sur 2

Référence : DIM/DIM/FO/002

Version : 003

MODALITES D'ACCES A VOTRE DOSSIER MEDICAL

Vous avez demandé à prendre connaissance de tout ou partie de votre dossier médical. 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 votre dossier:

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 copies	3.00€
Au-delà de 10 copies	
A4	0.18 €
A4 recto verso	0.27 €
A3	0.36 €
A3 recto verso	0.54 €
Imagerie CD-ROM (TDM, IRM...)	2.75 €
Imagerie qualité photo A4	1.45 €
Imagerie Qualité photo A3	2.90 €
Frais d'affranchissement, tarif forfaitaire	7.50 €



DEMANDE DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS MEDICALES DU DOSSIER PATIENT (PATIENT LUI-MEME)

Date d'application
22/04/2021

Page 2 sur 2

Référence : DIM/DIM/FO/002

Version : 003

Imprimé à retourner avec une photocopie d'un justificatif d'identité à la :
Direction Qualité Gestion des Risques et Droits des Usagers
Centre Hospitalier Montluçon – Nérès-Les-Bains - 18 avenue du 8 mai 1945 - 03113 MONTLUCON

➤ **Je soussigné(e),** M / Mme / Melle (*Nom, Prénom ; pour les femmes mariées, précisez le Nom de jeune fille*)

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Tél. :

➤ **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'examen 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 : 7,5 € 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 :