



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

Date d'application
27/08/2024

Page 1 sur 2

Référence : DIM/DIM/FO/002

Version : 006

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 formulée **par écrit** sur papier libre ou à l'aide d'un des formulaires téléchargeables sur le site internet du CH www.ch-montlucon.fr – rubrique patient - droit des patients, **datée et signée**. Elle doit être adressée au Directeur de l'Etablissement et/ou à la Direction Qualité Gestion des Risques et Droits des Usagers et/ou au médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) et **être accompagnée d'une copie de la pièce d'identité et/ou tout document attestant de la qualité de représentant légal ou ayant droit**.

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 membre du DIM. Bien entendu, il vous est interdit de prendre le moindre document, de modifier ou effacer des informations.

Conformément à la réglementation, et selon les situations, les frais de reproduction et les frais d'affranchissement sont à votre charge (gratuité pour la première demande). Le montant varie 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 :
dès la 2^{ème} demande ainsi que toutes les demandes excessives ou abusives

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
(PATIENT LUI-MEME)**

Date d'application
27/08/2024

Page 2 sur 2

Référence : DIM/DIM/FO/002

Version : 006

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

Ou par e-mail à : dim@ch-montlucon.fr ou/et droitsdespatients@ch-montlucon.fr

➤ **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'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, selon les situations (*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 Accusé de Réception. Selon les situations, 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 (*selon les situations, les frais de copies & d'envoi sont à la charge du demandeur*)

.....

Date : / /

Signature :