

Vous êtes :

- ☐ Le ou la patient(e)
- ☐ Le représentant légal
(Parent d'un mineur ou tuteur)
- ☐ L'ayant-droit
- ☐ Le mandataire

MA DEMANDE CONCERNE

Nom du patient :

Prénom du patient :

Date de naissance du patient :

PIÈCES JUSTIFICATIVES INDISPENSABLES

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant la santé de la personne prise en charge dans notre établissement, merci de nous faire parvenir ce formulaire accompagné de LA PHOTOCOPIE DES DOCUMENTS correspondant à votre qualité de demandeur :

- ☐ Pièce d'identité (recto/verso) en cours de validité (**obligatoire pour toute demande**)
- ☐ Document attestant de l'exercice de l'autorité parentale (livret de famille, jugement ou arrêt rendu)
- ☐ Document attestant de l'exercice de la tutelle (jugement ou arrêt rendu)
- ☐ Document attestant de la qualité d'ayant-droit (livret de famille, certificat d'hérédité ou acte notarié)
- ☐ Certificat de décès
- ☐ Mandat exprès et écrit

MODALITÉS DE TRANSMISSION DES PIÈCES DU DOSSIER PATIENT

- ☐ Consultation sur place **UNIQUEMENT SUR RENDEZ-VOUS**
- ☐ Remise en main propre au Centre Hospitalier d'Arpajon
- ☐ Envoi postal (LRAR) du duplicata des éléments issus du dossier médical
 - Envoi à vous-même
 - Envoi à votre médecin traitant
 - Nom Prénom :
 - Adresse postale :

INFORMATION SUR LES FRAIS DE REPRODUCTION

Conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, la communication des documents peut vous être facturée.

Les tarifs en vigueur sur notre établissement sont :

- Photocopie :
 - 0,18€ par feuille A4
 - 0,30€ par feuille A3
- CD/Film radiographique : 1€
- Recommandé avec avis de réception : Tarifs postaux en vigueur

Formulaire à retourner à la
DIRECTION GÉNÉRALE

Centre Hospitalier d'ARPAJON
18 avenue de VERDUN
91290 ARPAJON

NATURE DE LA DEMANDE

Afin de répondre au mieux à votre demande, merci de préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès

LE(S) SÉJOUR(S) CONCERNÉ(S) :

Éléments obligatoires pour que le Centre Hospitalier d'Arpajon soit en capacité de traiter votre demande. Dans le cas contraire ce formulaire vous sera retourné.

→ SÉJOUR 1

Date d'entrée : Service(s) concerné(s) :

Date de sortie :

→ SÉJOUR 2

Date d'entrée : Service(s) concerné(s) :

Date de sortie :

→ SÉJOUR 3

Date d'entrée : Service(s) concerné(s) :

Date de sortie :

PIÈCES PARTICULIÈRES DU DOSSIER SOUHAITÉES :

- ☐ Compte-rendu d'hospitalisation et/ou lettre de sortie
- ☐ Compte-rendu opératoire
- ☐ Prescriptions établies lors de la consultation ou de la sortie
- ☐ Examens biologiques
- ☐ Dossier d'anesthésie
- ☐ Dossier de soins infirmiers
- ☐ Dossier périnatal
- ☐ Dossier IVG

Examens complémentaires :

- ☐ Imageries
 - ☐ Radiographies
 - ☐ Scanners
 - ☐ IRM
 - ☐ Echographies
 - ☐ Endoscopies
 - ☐ ECG
 - ☐ Monitoring
 - ☐ Impression radio
 - ☐ Impression CD
- ☐ Compte(s)-rendu(s) d'imagerie(s)
- ☐ Autres, précisez :

SI VOUS ÊTES UN AYANT-DROIT

L'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique conditionne l'accès au dossier médical du défunt à trois motifs. Merci de préciser le motif pour lequel vous souhaitez avoir accès au dossier médical du défunt.

- ☐ Connaître les causes du décès
- ☐ Défendre la mémoire du défunt, précisez :
- ☐ Faire valoir vos droits, précisez :



CENTRE HOSPITALIER
ARPAJON

Nom Prénom du demandeur :

Adresse :

Téléphone (appel éventuel pour précisions sur la demande) :

Fait à :

Le/...../20.....

Signature :