

IDENTITE DU PATIENT DEMANDEUR

NOM : Prénom :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : / / / / Adresse e-mail :

NATURE DE LA DEMANDE

Dates d'hospitalisation(s) et/ou de consultation(s) - Services(s) - Médecin(s) concerné(s) :

DATE(S)	SERVICE(S)	MEDECIN(S)

- La **copie d'une partie de votre dossier médical** (cochez les pièces souhaitées)
 - Compte rendu de consultation
 - Lettre de sortie ou compte rendu d'hospitalisation
 - Observations des Urgences
 - Compte rendu d'examen (ECG, endoscopie, imagerie ...)
 - Clichés d'imagerie médicale *
 - Autre pièce (veuillez préciser)
- La **copie de l'intégralité de votre dossier médical** (cochez les pièces souhaitées)
 - Dossier médical sans radiographies et/ou scanners (uniquement les comptes rendus des examens seront communiqués)
 - Dossier médical avec radiographies et/ou scanners *

* Le CH de VIRE n'est pas en capacité de reproduire les imageries médicales. Vous pouvez récupérer en main propre les originaux des clichés ou CD-ROM contre la signature d'une décharge pour l'établissement de l'obligation de conservation de ces documents.

MODALITES DE COMMUNICATION

- Remise des pièces en main propre auprès de secrétariat de direction (obligatoire si vous demandez des clichés radiographiques ou CD-ROM)
- Envoi des pièces en recommandé avec accusé de réception
- Consultation de votre dossier médical sur place et éventuellement demander une reproduction des pièces qui vous intéressent (Prendre préalablement rendez-vous auprès du Département d'Information Médicale - Tél. 02.31.67.47.16)

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE

Une photocopie de votre carte d'identité (recto verso) ou de votre passeport.

NOTE D'INFORMATION

DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication de votre dossier est de 8 jours à compter de la réception de votre demande accompagnée de toutes les pièces justificatives par le Secrétariat de Direction. Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales remontent à plus de cinq ans. L'établissement dispose d'un délai de 48 heures pour examiner votre demande. La copie de votre dossier ne pourra pas vous être délivrée avant l'expiration de ce délai.

FACTURATION

Conformément à la réglementation en vigueur, le centre hospitalier de Vire vous informe que seule la consultation du dossier sur place est gratuite.

Frais de reproduction

Le coût de reproduction est facturable au demandeur selon le tableau ci-après :

Photocopie ordinaire	Coût unitaire
Format A5	0,09 €
Format A4	0.18 €
Format A3	0,36 €

NOTA - Des frais de reproduction seront appliqués lorsque le patient aura déjà obtenu gratuitement une première copie de ses données et qu'il en fait à nouveau la demande

Frais d'expédition

Les frais d'expédition sont conformes au tarif en vigueur appliqué par la Poste pour les Lettres Recommandées avec Accusé de Réception (LRAR). Le dossier sera envoyé à compter de la réception du règlement par chèque bancaire, libellé à l'ordre de la Régie de recettes Hôpital de Vire, et adressé au centre hospitalier de Vire, à l'attention du secrétariat de direction.

COMMUNICATION DU DOSSIER

Le centre hospitalier de Vire tient à rappeler que les informations contenues dans votre dossier médical sont strictement personnelles et confidentielles. Le patient doit lui-même remplir et signer ce formulaire.

Pour les patients qui autorisent un tiers à venir retirer leur dossier auprès du secrétariat de direction, le patient devra rédiger un mandat exprès à cet effet et sous condition de fournir une copie de sa pièce d'identité recto verso ainsi que celle du mandataire.

Pour toute information complémentaire, merci de contacter le secrétariat de direction du centre hospitalier de Vire au 02.31.67.47.01 ou à l'adresse e-mail suivante secretariat.direction.vire@ght-cdn.fr

Je soussigné(e), avoir pris connaissance des modalités d'accès à mon dossier médical et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. J'accepte de prendre à ma charge les frais de reproduction et le cas échéant, les frais d'envoi en commandé avec accusé de réception.

Fait à

le / /

Signature du demandeur

Formulaire à retourner dûment complété et signé à :

Monsieur le Directeur
Centre hospitalier de Vire
4 Rue Emile Desvaux - BP N° 80156
VIRE
14504 VIRE NORMANDIE CEDEX