



## DEMANDE D'ACCES DU PATIENT A SON DOSSIER MEDICAL

Au regard de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et du décret du 29 avril 2002, vous pouvez avoir communication de votre dossier médical selon différentes modalités :

- Soit par courrier en recommandé avec accusé de réception ;
- soit par retrait sur place ;
- Soit par consultation sur place en présence d'un médecin.

Pour mieux répondre à votre demande, vous veillerez à renseigner le formulaire (voir au dos) et à fournir

- la photocopie de votre carte d'identité recto-verso, passeport ou permis de conduire

Votre demande renseignée est à adresser par écrit au Directeur de l'Ensemble Hospitalier de l'Institut Curie :

Pour le site de Paris : Institut Curie – Direction de l'Institut 26, rue d'Ulm 75248 Paris Cedex 05

Pour le site de St Cloud : Institut Curie - Direction de l'Institut 35 rue Dailly 92210 Saint Cloud

- ❖ Si vous demandez l'envoi de votre dossier intégral

Après réception du formulaire, un devis sera établi en fonction du nombre de pages de votre dossier et des tarifs applicables. Il vous sera adressé par courrier postal, par messagerie électronique (adresse e-mail)

Tarifs applicables :

De 1 à 20 pages	0.18 € par page	+ 5€ en envoi recommandé	+ 16€ si envoi en chronopost
De 21 à 100 pages	0.15 € par page	+ 10€ en envoi recommandé	+ 16€ si envoi en chronopost
Supérieur à 100 pages	0.10 € par page	+ 15 € en envoi recommandé	+ 16€ si envoi en chronopost

- ❖ Si vous demandez le retrait en mains propres à l'Institut Curie :

Après réception du formulaire, un devis sera établi en fonction du nombre de pages de votre dossier à imprimer hors frais postaux.

Un courrier ou une prise de rendez-vous téléphonique vous précisera la date à partir de laquelle vous pourrez vous déplacer pour retirer les documents auprès de la personne indiquée.

- ❖ Si vous demandez une consultation sur place :

Le secrétariat du praticien de l'Institut Curie vous contactera pour prendre rendez-vous pour la consultation sur place du dossier. La consultation du dossier médical sur place est gratuite. Toutefois, si vous demandez lors de cette consultation la reproduction de l'intégralité du dossier ou une partie, l'édition vous sera facturée aux tarifs appliqués pour l'envoi d'un dossier hors frais postaux.

**Important :** Les informations du dossier médical sont strictement personnelles. Un usage non maîtrisé par la révélation ou la diffusion de certaines de ces informations peuvent nuire à son titulaire. Certaines demandes de tiers peuvent être illégitimes, il est vivement conseillé de prendre un avis auprès d'un médecin avant de les communiquer

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de mes sentiments dévoués.

Professeur Pierre FUMOLEAU

Directeur de l'Ensemble hospitalier



**A remplir par le demandeur**

DOSSIER N° \_\_\_\_\_

Cochez le site de prise en charge concerné :

- Paris                       St Cloud                       Orsay

**Partie I -**

Melle, Mme, M :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

**Je souhaite avoir la copie intégrale de mon dossier médical : (cocher la case correspondante) :**

**Par l'intermédiaire du médecin de mon choix** (Nom et adresse de ce médecin)  
.....  
.....

**Avec l'accompagnement d'un médecin de l'Institut Curie** (qui vous contactera)  
Dans ce cas, veuillez indiquer lequel.....

**Sans accompagnement médical** (votre dossier vous sera envoyé par courrier).  
-----  
-----

**Modalités d'accès au dossier médical (cocher la case correspondante)**

- Envoi de la copie du dossier par courrier avec accusé de réception
- Retrait de la copie du dossier à l'hôpital
- Consultation sur place du dossier médical

**3) Pour quelle(s) raison(s) souhaitez-vous obtenir votre dossier médical - facultatif (cocher la case correspondante) :**

Un second avis médical

Un changement d'adresse ou de médecin

Une insuffisance de l'information

Autres raisons (précisez lesquelles).....  
.....

**Date de la demande**

...../...../.....

**Signature du demandeur**