

**DEMANDEUR :**

Mme  M. **Nom d'usage** : ..... **Nom de naissance** : ..... **Prénom** : .....  
**Demeurant** : ..... **Code Postal** : ..... **Commune** : .....  
**N° de téléphone** : ..... **N° de portable** : .....

**AGISSANT EN QUALITE DE :**

- Patient.  
 Représentant légal de (père, mère, tuteur) :

**PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE :**

Mme  M. **Nom d'usage** : ..... **Nom de naissance** : ..... **Prénom** : .....  
**Demeurant** : ..... **Code Postal** : ..... **Commune** : .....  
**Date de Naissance** : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PRISE(S) EN CHARGE CONCERNEE(S)**

- **SÉJOURS(S) HOSPITALIER(S) - DATE(S)** : .....
- **CONSULTATION(S) - DATE(S)** : .....
- **SERVICE(S) CONCERNE(S)** : .....

Compte(s)-rendu(s) d'Hospitalisation(s) / Opératoire(s) / Consultation(s)... (rayez les mentions inutiles).

Lettres/Echanges médicaux (Médecins traitants / lors des transferts.../ rayez les mentions inutiles).

Suivi anesthésique.

Dossier transfusionnel.

Dossier infirmier (transmissions ciblées).

Résultats d'examens (prises de sang / compte(s)-rendu(s) d'imagerie(s), monitoring obstétrical, etc...). **Précisez** : .....

Cliché(s) d'Imagerie(s) (Radiologie / Scanner / IRM / Echographie--). **Précisez** : .....

**SELON LES MODALITES SUIVANTES**

Retrait sur place à l'Hôpital auprès du service des Affaires Juridiques et Relations Usagers.

Envoi postal (à vos frais au tarif réglementaire : art L.1111-7 du CSP) à Mme/M. (Nom – Prénom - Adresse) : .....

Envoi postal à un médecin de votre choix (Mandat – Arrêté du 05 Mars 2004) :

A : Mme/M. le Docteur : .....

Adresse : .....

Consultation sur place en présence d'un Médecin Hospitalier de votre choix (possibilité d'être accompagné par une personne de votre choix) – **Nom /Prénom du médecin** – **Service** : .....

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_.

**Signature du Demandeur :**

**Joindre impérativement :**

- Copie d'un Justificatif d'identité.

- Copie du livret de famille (pour justifier la qualité de Représentant légal d'un mineur).
- Copie du jugement de tutelle (pour les personnes sous protection juridique).

La présente demande est à retourner à la Direction du Centre Hospitalier : 51 Rue du Cdt Derrien – BP 80501 – 51005 CHALONS EN CHAMPAGNE  
CEDEX – [direction@ch-chalonsenchampagne.fr](mailto:direction@ch-chalonsenchampagne.fr)

Demande réceptionnée et déclarée complète le : ---/---/----.(réservé administration hospitalière).

## ATTESTATION DE REMISE EN MAINS PROPRES AU DEMANDEUR

Je soussigné(e), Mme/M.-----, atteste avoir reçu ce jour en mains propres la copie des éléments :

- De mon dossier médical.
- Du dossier médical de mon enfant : -----
- Du dossier médical de mon protégé : -----

Châlons-en-Champagne, le ---/---/20----.

Signature :

## MANDATEMENT

**Nom / Prénom** : .....

**Adresse** : .....

### RESERVE A L'ADMINISTRATION DU CENTRE HOSPITALIER POUR LE CALCUL DES COUTS

	<u>Nombre d'exemplaires</u> :	<u>TOTAUX</u>
Documents papiers A4 (0,18 € l'unité).	Nb -----X 0.18 €	-----€-----
Radiographies (2,25 € l'unité).	Nb -----X 2.25 €	-----€-----
CD ROM / DVD ROM (3.50 € l'unité).	Nb -----X 3.50 €	-----€-----
Frais d'expédition (envoi en recommandé avec avis de réception).	Nb de pli (s) -----X ----- €	-----€-----
<b>TOTAUX</b>		-----€-----

- Photocopies/envoi ne donnant pas lieu à facturation (Cause : Contentieux / expertise judiciaire relevant d'une PEC Hospitalière ....).

**Facturation éditée le** : -----/-----/20-----.

**CACHET DU SERVICE** :