

Cette demande concerne votre enfant

Votre identité

Nom d'usage : Prénom :

Nom de famille Date de naissance :

Adresse :

E-mail :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

L'identité de l'enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Le lien de parenté

Mère

Père

Tuteur

vous souhaitez obtenir

1. Les pièces essentielles comportant

Le compte-rendu d'hospitalisation Compte-rendu des Urgences

Le compte-rendu opératoire

Les résultats des examens complémentaires (année en cours et précédente)

Autre :

Reproduction et envoi en recommandé avec accusé de réception : gratuit

OU

2. L'intégralité de son dossier médical (y compris radiographies, IRM, scanner) **ET j'accepte**

de m'acquitter de la facture relative à la duplication et à l'envoi de l'intégralité des documents en recommandé avec accusé de réception

** 0,18 € l'unité pour les photocopies, soit le tarif fixé par l'arrêté du 1er octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif.*

** 4,70 € par film 36 X 43 correspondant à un cliché de radiologie conventionnelle, IRM ou scanner ou 2,75 € par CD-ROM*

** A ces tarifs s'ajoute le coût d'envoi des documents par recommandé avec accusé de réception.*

Un avis de somme à payer - sur lequel figureront les modalités de règlement - vous sera adressé après réception de votre dossier médical, par le Trésorier Payeur Général de l'A.P.H.P., correspondant à la reproduction des documents médicaux et aux frais d'expédition en recommandé avec accusé de réception.

OU

3. Je souhaite consulter son dossier médical sur place

La consultation du dossier médical se fera obligatoirement en présence d'un médecin du service

L'envoi des documents se fera

A mon domicile

Remise sur place au Bureau des Usagers

A mon médecin traitant (uniquement pour les pièces essentielles)

Coordonnées du médecin :

Informations à transmettre OBLIGATOIREMENT

Service(s) concerné(s) :

Période :

Faute d'obtenir ces informations, nous ne pourrions garantir une réponse adaptée à votre souhait

Formulaire à adresser à :
Hôpital TROUSSEAU - A l'attention de Monsieur le Directeur
26 avenue du Docteur Arnold Netter – 75012 PARIS
E-mail : usagers.trs@aphp.fr

La transmission du dossier médical est strictement encadrée par le loi du 4 mars 2002.

Nous vous demandons de bien vouloir transmettre les informations **et** justificatifs suivants :

PERE	MERE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :

Votre situation

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parents mariés | <input type="checkbox"/> Parents divorcés | <input type="checkbox"/> Parents vivant maritalement |
| <input type="checkbox"/> Parents en instance de divorce | <input type="checkbox"/> Père ou mère célibataire | <input type="checkbox"/> Père ou mère veuf(ve) |

Justificatif à fournir, en cours de validité

- 1 - Recto-verso de votre Carte Nationale d'Identité **OU** Passeport **OU** Recto-verso de votre Carte de séjour
- 2 – Copie intégrale du livret de famille
- 3 – Photocopie du jugement de divorce
- 4 – Photocopie du jugement de tutelle

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus

A Paris, le

Signature père

Signature mère