

**VOUS ETES MAJEUR - Cette demande vous concerne**

Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
Nom de famille ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
E-mail : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

**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 votre 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 mon dossier médical sur place**

*La consultation de votre 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 pourrons garantir une réponse adaptée à votre souhait*

**Pièce à fournir :** copie d'une pièce justifiant de votre identité, en cours de validité

Recto-verso de votre Carte Nationale d'Identité

Passeport

Recto-verso de votre Carte de séjour

**A Paris, le**

**Signature**

**Formulaire à adresser à :**  
**Hôpital ROTHSCHILD - A l'attention de Madame la Directrice**  
**5 rue Santerre – 75012 PARIS**  
**E-mail : [usagers.rth@aphp.fr](mailto:usagers.rth@aphp.fr)**