CENTRE FERNAND LÉGER HOSPITALIER	PAT-SE-028 v 12	Formulaire de demande de dossier médical personnel	23/03/2026

Merci de lire attentivement ce formulaire.

Toutes demandes faites avec un formulaire mal ou non complété entièrement sera classée sans suite.

- Si votre demande concerne le dossier médical d'un proche merci de télécharger le formulaire « Formulaire de demande de dossier médical d'un proche. ».
- Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical cet accès est réglementé : merci de bien vouloir compléter ce formulaire (recto-verso) et le retourner à l'adresse suivante :

Centre hospitalier Fernand Léger
Demande de dossier médical
47, rue Aristide Briand
CS 50209
61203 Argentan cedex
Ou par mail : callcenter@ch-argentan.fr

Rappel de loi :

- Le fait de tenter d'obtenir la communication d'information en violation de la règlementation en vigueur (voir LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 96) est puni de 1 an de prison et 15 000 € d'amende.
- **La durée de conservation d'un dossier médical est de 20 ans** à compter de la date du dernier séjour (sauf cas particulier, prévus à l'article R1112-7 du Code de la Santé Publique).

Délai de transmission :

De 48h à 8 jours à réception de la demande complète.
2 mois si les données médicales datent de plus de 5 ans.

Tarifs :

Chaque pièce photocopiée et envoyée vous sera facturée selon la grille si dessous :

Copie format A4	Quantité X 0,20 €	Un avis de pré-paiement des copies et frais d'envoi vous sera communiqué. Vous aurez à régler la facture, les documents vous seront ensuite envoyés.
Copie format A3	Quantité X 0,40 €	
CD de Scanner	Quantité X 8 €	
Radiographie	Quantité X 4, 50 €	
Recommandé	Coûts du recommandé en fonction du poids	

En cas de paiement par chèque, celui-ci doit être libellé à l'ordre suivant :

Régie Repas Hébergement CH Argentan

Merci d'adresser votre envoi à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Modalités d'envoi :

Aucune donnée ne sera transmise par mail.

Récupération sur place : du lundi au jeudi de 9h à 17h et le vendredi matin, muni d'une pièce d'identité:
(si vous demandez à une autre personne de passer prendre la copie du dossier, elle doit être munie d'une pièce d'identité et d'une procuration)

CENTRE FERNAND LÉGER HOSPITALIER	PAT-SE-028 v 12	Formulaire de demande de dossier médical personnel	23/03/2026

1. Votre identité

Je soussigné(e),
NOM : _____ NOM de naissance : _____
Prénom : _____ Né(e) le : ___/___/_____
Domicilié(e) à : _____
_____
Code postal : _ _ _ _ _ Commune : _____
Téléphone : ___/___/___/___/___ et/ou : ___/___/___/___/___
Adresse mail : _____@_____

2. Pièce à fournir :

☐ Photocopie recto verso d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport ou carte de séjour).
☐ Ma demande concerne un litige (courrier expliquant l'objet du litige).

3. Éléments souhaités :

Service(s) d'hospitalisation	Nom du (des) médecin(s)	Date(s) d'hospitalisation
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

4. Modalité de consultation :

☐ **Consultation sur place**, en présence d'un médecin : contacter le secrétariat du service concerné.

☐ **Récupération de la copie du dossier sur place** du lundi au jeudi de 9h à 17h et le vendredi matin, muni d'une pièce d'identité : *(si vous demandez à une autre personne de passer prendre la copie du dossier, elle doit être munie d'une pièce d'identité et d'une procuration)*

☐ **Envoi des éléments en recommandé** à l'adresse précisée en partie *I - identité du demandeur (plus coût d'envoi).*

Date de la demande : .....

Signature du demandeur :

Cadre réservé à l'administration
NE PAS COMPLETER MERCI.
Demande reçue le :__/__/____
Par :.....
Identité vérifiée : ☐ CNI / Passeport