

FORMULAIRE
DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL
(Article L.1111.7. DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE)

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse - code postal - ville : _____

N° de téléphone : _____ Ou : _____

Agissant en tant que : ☐ Patient

☐ Représentant légal ☐ Père de : Nom, Prénom : _____

☐ Mère Date de naissance : ____ / ____ / ____

☐ Tuteur

☐ Ayant droit ☐ concubin ☐ partenaire lié par un PACS *

**(dans le cadre d'un patient décédé)*

de : Nom, Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ décédé(e) le ____ / ____ / ____

Pour les ayants droit, le concubin ou le partenaire lié par un PACS motif de la demande :

☐ Connaître les causes de la mort

☐ Défendre la mémoire du défunt* (justifier la demande sur papier libre)

☐ Faire valoir mes droits* (justifier la demande sur papier libre)

PIECES DU DOSSIER PATIENT DEMANDEES

- ☐ Intégralité du dossier patient
- Ou : ☐ Compte-rendu (hospitalisation, consultation, bloc opératoire..)
- ☐ Suivi d'hospitalisation (laboratoire, transmissions, constantes, prescriptions...)
- ☐ Clichés (radiographie, scanner, échographie, irm...)
- ☐ Autres pièces : _____

RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER

Service(s) d'hospitalisation : _____

Période(s) de prise en charge : _____

Pour les ayants droit, le concubin et le partenaire lié par un PACS, le droit d'accès au dossier d'un patient décédé est limité aux seules informations en rapport avec le motif de la demande (sauf volonté contraire exprimée par le patient avant le décès, refusant l'accès à son dossier médical)

MODALITES DE COMMUNICATION

- ☐ Je demande l'envoi postal à mon domicile des informations (envoi en recommandé avec AR à ma charge selon le tarif en vigueur)
- ☐ Je choisis le retrait de la copie sur place (pour une prise de rendez-vous, merci de nous indiquer vos coordonnées téléphoniques auxquelles nous pouvons vous joindre dans la journée : __ / __ / __ / __ / __). Le retrait se fait sur rendez-vous aux horaires ci-après : 09h-12h / 14h-16h.
- ☐ Je choisis la consultation du dossier sur place en présence d'un médecin hospitalier
- ☐ Je désigne comme intermédiaire (envoi en recommandé avec AR à ma charge selon le tarif en vigueur) le docteur :

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Coordonnées téléphoniques : __ / __ / __ / __ / __

FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI

Pour toute fourniture d'une copie d'un dossier, une facture sera adressée au demandeur. Les frais de reproduction et d'envoi sont fixés par l'établissement, conformément à l'arrêté du 1er octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et détermination du montant des frais de copie d'un document administratif.

Format de copie	Tarif unitaire
A4—A 3	0,18 € HT
CD-ROM/DVD (que pour les résultats radio)	2,75 € HT
Frais d'envoi R.AR	Tarif en vigueur

Le présent formulaire dûment rempli et signé, doit être accompagné, **dans tous les cas de la**
photocopie d'une pièce d'identité du demandeur ainsi que :

- **Pour les représentants légaux d'un mineur** : d'une copie de tout document attestant de leur autorité parentale (livret de famille, jugement...)
- **Pour les représentants légaux d'un majeur sous tutelle** : d'une copie du jugement leur confiant la tutelle à la personne
- **Pour les ayants droit d'un patient décédé** : d'une copie du livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et le patient et à l'exception du conjoint et des enfants, d'une copie de tout document attestant de la qualité d'ayants droit (attestation notariale, ...)
- **Pour le concubin ou le partenaire lié par un PACS, d'un patient décédé** : d'un extrait de naissance faisant mention du PACS

Fait à : _____ le : __ / __ / 20__

Signature :

Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien

vouloir compléter ce formulaire et de le retourner auprès de la direction de l'établissement :

Centre Hospitalier d'ARRAS - Secrétariat des Relations avec les Usagers
Cellule de Communication du Dossier Médical
3 Boulevard BESNIER - CS 90006
62022 ARRAS Cedex

Ou par courriel à : service.patientele@gh-artoisternois.fr