



FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Centre Hospitalier de Lens

Les informations contenues dans votre dossier sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toute précaution afin d'en assurer le respect, notamment vis-à-vis des tiers.

1 - IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom.....Epouse.....

Prénoms.....

Date de naissance : /...../..... Lieu de naissance.....

Adresse.....

Code postal.....Ville.....Téléphone...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Agissant en tant que :

Patient

Mandataire deNé(e)le..... /...../.....

Représentant légal deNé(e)le..... /...../.....

Ayant droit de : Né(e)le..... /...../.....
décédé le /...../.....

2 - NATURE DE LA DEMANDE

2.1 Je souhaite la reproduction :

de l'intégralité du dossier médical ¹

uniquement des pièces suivantes :

Lettre de sortie Compte-rendu opératoire Compte-rendu d'hospitalisation

Résultats d'examen à préciser.....

Autres pièces, à préciser.....

2.2 Ces éléments correspondent à :

Consultation : Service.....Date.....Praticien :

Hospitalisation : Service.....Date.....Praticien :

Autres (précisez) :

3 – DOCUMENTS A FOURNIR

3.1 Pièces justificatives

Requérant	Pièces à fournir <u>obligatoirement</u>
Patient	copie recto verso d'une pièce d'identité
Mandataire	Copie recto verso des pièces d'identité du mandant et du mandataire + mandat exprès original
Titulaire de l'autorité parentale ²	copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité + copie du livret de famille + en cas de divorce, document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale
Tuteur	copie recto verso d'une pièce d'identité + jugement de tutelle
Ayant droit (enfant ou conjoint)	copie recto verso d'une pièce d'identité + copie du livret de famille + Motivation (cf.3.2)
Ayant droit (autre)	copie recto verso d'une pièce d'identité + certificat d'hérédité <u>ou</u> document notarié attestant de la qualité d'ayant droit (<u>ou</u> copie du PACS <u>ou</u> copie d'un certificat de vie commune, de concubinage) + Motivation (cf.3.2)

¹ A l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers

² Sauf opposition du patient mineur (art. L. 1111-5 du Code de la santé publique)





FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Centre Hospitalier de Lens

3.2 Motivation (**UNIQUEMENT POUR LES AYANTS DROIT**)

Vous disposez en qualité d'ayant droit et, hors cas du refus exprimé par le patient de son vivant, d'un accès aux seules pièces du dossier nécessaires à :

- Connaître les causes du décès
- Faire valoir vos droits. Justifiez :
- Défendre la mémoire du défunt. Justifiez :

4 – MODALITES D'ACCES

Modalités de communication du dossier médical

- Je souhaite que les copies des éléments me soient transmises par courrier recommandé avec accusé de réception
- Je souhaite retirer les copies des éléments sur place
- Je souhaite consulter le dossier sur place avec un accompagnement médical
- Le détenteur des informations recueillies dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques estime que la communication des informations médicales ne peut avoir lieu que par l'intermédiaire d'un médecin³

Facturation

La consultation sur place est gratuite. Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur.

Tarifs au 1^{er} janvier 2017 (Conformément à l'arrêté du 1^{er} octobre 2001)

- o 0,18€ / copie A4
- o 0,36€ / copie A3
- o 2,75€ / CD-ROM (un ou plusieurs clichés radiographiques)

L'envoi est effectué en recommandé avec accusé de réception (selon poids et tarifs en vigueur).

Le/...../..... à Signature du demandeur :

Formulaire à transmettre accompagné des pièces justificatives à :

Monsieur le Directeur

Centre Hospitalier de Lens

A l'attention de la personne chargée des relations avec les usagers

99 Route de la Bassée, Sac Postal 08, 62307 Lens Cedex

PARTIE RESERVEE A LA DIRECTION DU CENTRE HOSPITALIER DE LENS

Date de réception de la demande : / / 2017

Validation de la demande : Oui Non

Motif du refus :

Formulaire transmis aux archives le :

Signature :

³ Lorsque le détenteur des informations recueillies dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques estime que la communication de ces informations au demandeur ne peut avoir lieu que par l'intermédiaire d'un médecin, il en informe l'intéressé. Si celui-ci refuse de désigner un médecin, le détenteur des informations saisit la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, qui peut également être saisie par l'intéressé. L'avis de la commission, qui s'impose au demandeur et au détenteur, leur est notifié. La saisine de la commission ne fait pas obstacle à la communication des informations si le demandeur revient sur son refus de désigner un médecin. Dans ce cas, lorsque la saisine a eu lieu, le détenteur en informe la commission.