



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX DONNEES DU DOSSIER MEDICAL

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL NORD ARDENNES

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Demande réceptionnée à la date du Service :

satisfait le = jours

effectuée par : patient/résident - tuteur - Ayant droit patient DCD motif :

personne mandatée par le patient - Représentant légal

Accès par : consultation sur place

réalisation copies : adressées domicile médecin désigné

retirées au CH

Nature des copies demandées : Dossier complet Cpte rendu Clichés radios/CD

Autres

Première demande = GRATUIT

Nouvelle demande pour même séjour = PAYANT – Facturation à établir

Demande effectuée par un ayant droit = PAYANT – Facturation à établir

Identité du demandeur

Je soussigné (e), Madame, Monsieur,

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Rue : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Courriel : _____

Qualité du demandeur / Justificatifs à fournir

<input type="checkbox"/> Patient/résident	Fournir la copie recto verso d'une pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Personne mandatée <i>Formulaire spécifique « mandat »</i>	Fournir : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Le mandat accordé par le patient dûment signé par ses soins accompagné d'une copie recto verso de sa pièce d'identité<input type="checkbox"/> La copie d'une pièce d'identité recto verso du mandataire
<input type="checkbox"/> Représentant légal pour un mineur	Fournir la copie : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> d'une pièce d'identité recto verso du demandeur<input type="checkbox"/> du livret de famille attestant le lien de parenté<input type="checkbox"/> En cas de divorce, fournir le jugement de divorce A noter que conformément à la réglementation, « l'enfant mineur, qui souhaiterait garder le secret sur un traitement ou une intervention dont il a fait l'objet, peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet ».... Il peut également demander que « l'accès du titulaire de l'autorité parentale aux informations concernant son état de santé ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin, ces informations, sont, au choix du titulaire de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'il a désigné ou consultées sur place en présence de ce médecin. » Dans ce contexte, j'atteste que mon enfant mineur (en âge d'émettre un avis) a été informé de cette demande et ne s'y oppose pas.
<input type="checkbox"/> Tuteur d'un majeur protégé	Fournir la copie : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> d'une pièce d'identité recto verso du demandeur<input type="checkbox"/> d'un justificatif de l'exercice de la tutelle
<input type="checkbox"/> Ayant droit d'une personne décédée <i>Sous certaines conditions</i> <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> frère / sœur <input type="checkbox"/> père / mère <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> autre parent	Fournir la copie : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> d'une pièce d'identité recto verso du demandeur<input type="checkbox"/> du livret de famille si filiation directe époux ou enfants ou copie du certificat d'hérédité En application de l'article L.1110.4 du Code de la santé publique, votre demande doit être motivée : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Faire valoir un droit, précisez lequel (Ex : action en responsabilité médicale, assurances, droit à la protection de la santé.....) : _____<input type="checkbox"/> Connaitre les causes du décès<input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt précisez le motif : _____ <p><i>Ce motif doit répondre aux conditions fixées par la réglementation. Dans le cas contraire, le médecin peut opposer un refus motivé. Dans cette situation, un certificat médical ne comportant pas d'informations couvertes par le secret médical, pourra être délivré au demandeur (article 7 du décret n° 2002-637). Dans cette optique, l'ayant droit d'une personne décédée ne peut obtenir la totalité des éléments du dossier médical, mais uniquement les informations lui permettant de répondre à sa demande motivée, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (article L.1110-4 du code de la santé publique)</i></p>

Dossier médical demandé

NOM : _____ NOM de jeune fille : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____

Service(s) concerné(s)	Période(s) d'hospitalisation	Consultation(s) du

Documents demandés :

- Compte rendu d'hospitalisation ou lettre de sortie
- Résultats d'examens, préciser lesquels : _____
- Compte rendu opératoire
- Examens d'imagerie médicale (duplicata sur CD)
- Dossier entier
- Autres, précisez : _____

Modalités de transmission des documents

Merci d'indiquer la modalité retenue - A défaut de réponse, les informations sollicitées seront adressées au domicile du demandeur.
(Une facture sera adressée ultérieurement au demandeur, le cas échéant)

Site de Charleville-Mézières	Site de Sedan	Site de Nouzonville	Site de Fumay
<p><input type="checkbox"/> Retrait des photocopies à l'accueil administratif du pôle dont relève le service concerné du lundi au vendredi, de 8h à 16h, à la date qui vous sera indiquée</p> <p><input type="checkbox"/> Envoi postal en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception au demandeur</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation sur place sur rendez-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> seul(e) <input type="radio"/> accompagné(e) d'une tierce personne <input type="radio"/> accompagné(e) d'un médecin <input type="radio"/> avec un accompagnement médical par un praticien proposé par l'établissement 	<p><input type="checkbox"/> Retrait des photocopies à la Direction des Relations avec les Usagers, du lundi au vendredi, de 8h à 15h30, à la date qui vous sera indiquée</p> <p><input type="checkbox"/> Envoi postal en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception au demandeur</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation sur place sur rendez-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> seul(e) <input type="radio"/> accompagné(e) d'une tierce personne <input type="radio"/> accompagné(e) d'un médecin <input type="radio"/> avec un accompagnement médical par un praticien proposé par l'établissement 	<p><input type="checkbox"/> Retrait des photocopies au secrétariat de la Direction du lundi au vendredi, de 9h à 16h, à la date qui vous sera indiquée</p> <p><input type="checkbox"/> Envoi postal en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception au demandeur</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation sur place sur rendez-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> seul(e) <input type="radio"/> accompagné(e) d'une tierce personne <input type="radio"/> accompagné(e) d'un médecin <input type="radio"/> avec un accompagnement médical par un praticien proposé par l'établissement 	<p><input type="checkbox"/> Retrait des photocopies auprès de la secrétaire référente du lundi au vendredi de 9h à 16h, à la date qui vous sera indiquée</p> <p><input type="checkbox"/> Envoi postal en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception au demandeur</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation sur place sur rendez-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> seul(e) <input type="radio"/> accompagné(e) d'une tierce personne <input type="radio"/> accompagné(e) d'un médecin <input type="radio"/> avec un accompagnement médical par un praticien proposé par l'établissement

Transmission des copies au médecin désigné ci-après étant précisé que, le cas échéant, le demandeur recevra ultérieurement la facture correspondant aux frais de délivrance. Docteur _____
Adresse _____

- ⇒ Lorsque le patient fait **une première demande** de copie de son dossier médical, l'obtention de la copie de son dossier médical est **gratuite**.
- ⇒ Lorsque le patient a déjà obtenu gratuitement une première copie de ses données médicales et **qu'il fait à nouveau une demande pour le même séjour**, ou lorsque la demande est effectuée par un ayant droit, la réalisation de copies est **payante**. La facturation s'établit selon les tarifs en vigueur dans l'établissement. (Tarifs indiqués sur la note d'information jointe au présent formulaire).
- ⇒ La pièce d'identité devra être produite en cas de consultation sur place ou de retrait de copies.
- ⇒ Les copies demandées seront tenues à disposition pendant un délai d'un mois. Passé ce délai, elles seront adressées au domicile du demandeur. *Le cas échéant*, les frais de reproduction/postaux feront l'objet d'une facture adressée ultérieurement.

Signature du demandeur

Fait à _____ le _____ / _____ / _____ Signature : _____

Formulaire à retourner dûment complété à **l'adresse du site concerné**, accompagné des pièces justificatives et adressé à **Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal nord Ardennes**

45 avenue de Manchester B.P. 10900 08011 CHARLEVILLE-MEZIERES CEDEX	2 avenue du Général Margueritte CS 40903 08209 SEDAN CEDEX	65 rue Edouard Vaillant 08700 NOUZONVILLE	30 place du Baty 08170 FUMAY
---	--	--	---------------------------------

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à :

Mme Florence BARTEL Tél : 03.24.58.72.47 florence.bartel@ch-nord-ardennes.fr	Mme Sandie CARRE Tél : 03.24.22.85.11 sandie.carre@ch-nord-ardennes.fr	Mme Isabelle FILIPPI Tél : 06.20.72.67.74 isabelle.filippi@ch-nord-ardennes.fr	Mme Gaëlle PAQUET Tél : 03.24.36.26.05 gaelle.paquet@ch-nord-ardennes.fr
--	--	--	--