CENTRE HOSPITALIER DE GUÉRET

Formulaire complété et pièces justificatives à adresser à :

Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier de Guéret
39 Avenue de la Sénatorerie – BP 159
23011 GUERET Cedex
commission.usagers@ch-gueret.fr

Nom et prénom du patient :

Date de naissance du patient :

Nom et prénom du demandeur :

Adresse du demandeur :

N° de téléphone du demandeur :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT N°

PIECES JUSTIFICATIVES

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant la santé de la personne prise en charge au CH de Guéret, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir les documents correspondant à votre qualité de demandeur.

☐ Vous êtes le patient	☐ Copie recto - verso d'une pièce d'identité en cours de validité
☐ Vous êtes un représentant légal du patient (parent / tuteur)	☐ Copie recto - verso d'une pièce d'identité en cours de validité ☐ Copie d'un document attestant de l'exercice de l'autorité parentale ou de la tutelle (livret de famille / jugement / arrêt rendu)
☐ Vous êtes un ayant droit du patient décédé (lien de parenté)	☐ Copie recto - verso d'une pièce d'identité en cours de validité ☐ Copie d'un document attestant de votre qualité d'ayant droit (certificat de décès + livret de famille / certificat d'hérédité /attestation dévolutive de succession)
☐ Vous êtes le mandataire du patient	☐ Copie recto - verso d'une pièce d'identité en cours de validité ☐ Mandat express
☐ Vous êtes un médecin désigné par le patient	☐ Copie recto - verso d'une pièce d'identité en cours de validité ☐ Copie de l'inscription à l'ordre des médecins ☐ Courrier du patient le désignant

NATURE DE LA DEMANDE

Afin de répondre au mieux à vos besoins et de limiter les frais de copie qui seront à votre charge, nous vous demandons de nous préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès ainsi que le motif si nécessaire.

☐ L'ensemble du dossier médical depuis la première venue		
☐ La partie du dossier correspond au(x) séjour(s), services(s) ou consultation(s) suivant(s) :	Date(s)	
…… …… ……	…… …… ……	
☐ Lettre de liaison (lettre de sortie)	☐ Compte-rendu opératoire	☐ Dossier de soins infirmiers
☐ Examen d'imagerie : ☐ Compte rendu ☐ CD-ROM		☐ Compte rendu de consultation
☐ Examens biologiques	☐ Dossier d'anesthésie	
☐ Autres (préciser) : ……		

Si vous êtes ayant droit, l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique établit 3 motifs conditionnant l'accès au dossier :

☐ Connaître les causes du décès
☐ Défendre la mémoire du défunt (préciser) : ……
☐ Faire valoir ses droits (préciser) : ……

MODALITES DE TRANSMISSION

☐ Envoi postal (LR / AR) à mon domicile		
☐ Récupérer mes copies auprès du secrétariat du service de soins		
☐ Envoi postal (LR / AR) au médecin de mon choix (préciser) : ……..		
☐ Consulter le dossier sur place (sauf patient décédé)	☐ Avec une présence médicale	☐ Sans présence médicale
Date de la demande :	Signature du demandeur :	

CADRE RESERVE A LA DIRECTION

Date d'arrivée de la demande complète :…….	☐ Vérification des pièces transmises
Envoyé dans le service de : …….	En date du : ……..
☐ Délai règlementaire de réponse : 8 jours ouvrés ☐ Délai règlementaire de réponse : 2 mois	Signature du directeur :

CADRE RESERVE AUX SERVICES DE SOINS

(Copie du formulaire renseigné à classer dans l'onglet administratif du DPU)

AMA ayant traité la demande : ……. Médecin ayant extrait les informations :……..
Nombre de copies : ……Nombre de contre-types : ……Nombre de CD d'imagerie : …… Service :……

AMA ayant traité la demande : ……. Médecin ayant extrait les informations :……..
Nombre de copies : ……Nombre de contre-types : ……Nombre de CD d'imagerie : ……Service

AMA ayant traité la demande : ……. Médecin ayant extrait les informations :……..
Nombre de copies : ……Nombre de contre-types : ……Nombre de CD d'imagerie : ……Service : ……..

☐ **Envoi postal (LR / AR)**	Date de dépôt au vaguemestre : ……		
	Nombre de copies : ……	Nombre de contre-types : ……	Nombre de CD d'imagerie : ……
☐ **Dossier remis en main propre**	☐ Date de la remise : ……		
	AMA (ayant vérifié l'identité et remis le dossier) Nom, Prénom : …… Signature :	**Demandeur** ☐ copie de la pièce d'identité Nom, Prénom : …… Signature :	
	Nombre de copies : ……	Nombre de contre-types : ……	Nombre de CD d'imagerie : ……
☐ **Consultation sur place**	☐ Date de la consultation : …… ☐ Recommandation de la présence d'une tierce personne. ☐ Acceptation ☐ Refus		
	Médecin Nom, Prénom : …… Signature :	**AMA** Nom, Prénom : …… Signature :	**Demandeur** ☐ Copie de la pièce d'identité Nom, Prénom : …… Signature :
	Nombre de copies : ……	Nombre de contre-types : ……	Nombre de CD d'imagerie : ……

☐ Autre suite donnée : ……	☐ Demande annulée par le demandeur

CADRE RESERVE A LA FACTURATION

Date preuve de dépôt : …… Coût des copies :…… Coût de l'envoi ……	Total facturé : …… Date : ……