



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Référence : SOI/PEC/ENG 004.1D
Page : 1 / 2

Décret n° 2002 – 637 du 29 avril 2002

Centre Hospitalier Sud Gironde

1 IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom

Prénom

Statut du demandeur

- Patient
 Ayant-droit
 Autre :

Date de naissance

Numéro de téléphone

Adresse

2 IDENTITE DU PATIENT (si différent du demandeur)

Nom

Prénom

Date de naissance

3 MOTIF DE LA DEMANDE

Vous êtes un ayant-droit. Veuillez s'il vous plaît préciser le motif de votre demande (**un seul choix**).

- Connaître la cause du décès
 Défendre la mémoire du défunt
 Faire valoir vos droits

4 SERVICE(S) CONCERNE(S) (plusieurs choix possibles)

Intégralité du dossier : OUI NON Préciser :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gynécologie / maternité | <input type="checkbox"/> Urgences/UHCD/Surveillance continue | <input type="checkbox"/> HAD |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie vasculaire / digestif | <input type="checkbox"/> Cardiologie (médecine) | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédie-traumatologie | <input type="checkbox"/> Gastroentérologie (médecine) | <input type="checkbox"/> Soins Suite Rééducation |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie/médecine ambulatoire | <input type="checkbox"/> Court séjour gériatrique | <input type="checkbox"/> Imagerie |

5 MODE DE CONSULTATION

- Envoi au domicile
 Remise en mains propres
 Consultation sur place. Dans ce cas, souhaitez-vous la présence du :
 Praticien du service Médecin traitant Médecin conciliateur de l'établissement

6 MOTIF DU REFUS DE CONSULTATION (réservé à l'établissement)

7 FRAIS DOSSIER MEDICAL (à remplir par l'établissement)

Copie dossier médical [] [] [] [] € Frais d'envoi [] [] [] [] € TOTAL : [] [] [] [] €

Date :

Signature :

Dossier remis en mains propres

Le :

Signature :

NOTICE DE REMPLISSAGE

① Préciser la qualité du demandeur, c'est indiquer si la demande de consultation provient :

- du **patient** lui-même,
- d'un **ayant-droit** en cas de décès,
- de la **personne ayant l'autorité parentale** pour un mineur ou un majeur protégé,
- du **médecin désigné** pour une des personnes mentionnées ci-dessus.

➔ L'adresse est à préciser de manière complète afin que le Centre Hospitalier Sud Gironde puisse adresser les copies des documents à la charge du demandeur (photocopies, émission de la facture et frais d'envoi si besoin).

➔ **Le demandeur devra justifier de son identité par un document (carte d'identité, livret de famille, permis de conduire ou toute autre pièce).**

Le médecin devra apporter la preuve de sa désignation (lettre du demandeur).

② L'identité du patient est celle qui figure sur le dossier médical.

③ Préciser le motif de la demande, c'est indiquer les raisons pour lesquelles le demandeur a besoin de consulter ces informations (pour les ayants-droit).

④ Pour aider à la consultation de ces informations, le centre hospitalier Sud-Gironde a désigné un praticien à cet effet. Le demandeur a le choix de se faire accompagner par ce praticien, par un médecin du service ou par son médecin traitant.

⑥ La copie coûte 0.18 € la feuille. Si le patient souhaite l'envoi au domicile, les frais d'envoi en recommandé sont à sa charge.

⑦ La date de la demande, une fois le formulaire correctement et complètement rempli, fera courir le délai d'accès aux informations à, soit 8 jours ou bien 2 mois lorsque les informations remontent à plus de 5 ans.