

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom de naissance : Prénom :

Nom d'usage, si différent : Né(e) le :

Adresse :

N° de téléphone portable (ou fixe) :

IDENTITE DU PATIENT (à compléter si différente du demandeur)

Nom de naissance : Prénom :

Nom d'usage (à l'époque des faits) : Né(e) le :

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Demandeur	Justificatifs nécessaires
Patient (e)	Carte nationale d'identité en recto-verso <u>ou</u> passeport
Titulaire de l'autorité parentale	Carte nationale d'identité en recto-verso + Photocopie du livret de famille ou autre document qui atteste de l'autorité parentale
Patient faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne	Carte nationale d'identité en recto-verso + copie de la décision du juge attestant de la mesure de protection judiciaire
Mandataire (représentant)	Carte nationale d'identité en recto-verso + Document attestant de l'autorisation du patient et la photocopie de la pièce d'identité du patient.
Ayant-droit du patient décédé	Acte de décès + Carte nationale d'identité en recto-verso du demandeur + Preuves de lien de parenté (livret de famille, certificat d'hérédité...) + Préciser le motif de la demande

Pour les demandes de dossier d'une personne décédée, la loi impose aux ayants droits de justifier impérativement le motif de leurs demandes afin que le médecin puisse procéder à la sélection des pièces du dossier pour répondre à ces demandes.

Connaître les causes du décès Défendre la mémoire du défunt Faire valoir un droit

- Si motif « Défendre la mémoire du défunt » ou « Faire valoir un droit », précisez :

INFORMATIONS TARIFAIRES

« La consultation sur place des informations est gratuite. » Article L1111-7 du Code de la santé publique
« A l'occasion de la délivrance du document, des frais correspondant au coût de reproduction et, le cas échéant, d'envoi de celui-ci peuvent être mis à la charge du demandeur. »

Article R311-11 du Code des relations entre le public et l'administration

Hors coût d'envoi par courrier recommandé avec AR, les frais de reproduction sont les suivants :

Photocopie par feuille	0,18 TTC € par page	Nous vous demandons de préciser les documents à photocopier afin de vous éviter des frais inutiles. La facturation ne sera appliquée que si le montant total est supérieur à 5,00 €.
Cliché radiologique (format 25 X 35)	1,04 € TTC	
Cliché radiologique (format 36 X 43)	1,84 € TTC	
Prix unitaire du CD	2,75 €	

DETAILS DE LA DEMANDE

Site de prise en charge : Seclin Carvin Wattignies

Type de documents souhaités :

- Compte-rendu d'hospitalisation Compte-rendu de consultation Compte-rendu d'examen
 Clichés d'imagerie Dossier d'anesthésie Dossier de soins
 Résultats biologiques Dossier transfusionnel
 Compte-rendu opératoire Dossier gynéco-obstétrical

Autres documents (précisez le ou lesquels) :

ou L'intégralité des comptes rendus ou L'intégralité des informations

- Période(s) d'hospitalisation(s) ou de consultation(s) concernée(s):

- Service(s) concerné(s) :

TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Retrait des photocopies de documents au service des usagers du Groupe Hospitalier Seclin Carvin, rue d'Apolda à Seclin et paiement au retrait

Envoi du dossier par mail (*) (en dessous de 30 pages uniquement, sans imagerie – mot de passe communiqué par appel téléphonique) à l'adresse suivante :

Expédiées en recommandé avec accusé de réception à l'adresse du demandeur (*facture envoyée ultérieurement*)

Expédiées au Docteur à l'adresse suivante :

Obtenir un rendez-vous pour venir consulter ces documents sur place (*sauf ayant-droit*)
Seul(e) Accompagné(e) d'un médecin

* En cochant cette case, j'accepte le risque que comporte la transmission des informations médicales me concernant par messagerie non certifiée HDS (Hébergement Données de Santé)

Date :

Signature :

IMPORTANT !

Pour tout demandeur, n'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité à ce formulaire complété et accompagné des justificatifs.

Transmettre les documents à :

Groupe Hospitalier SECLIN CARVIN
Secrétariat de la Direction Générale
Rue d'Apolda - BP 109
59471 SECLIN Cedex
dossiers.medicaux@ghsc.fr

Ou par mail à l'adresse :