GHSC
Groupe Hospitalier Seclin Carvin

DEMANDE DE TRANSMISSION DE DOCUMENTS MÉDICAUX PAR LE PATIENT ET PAR SON REPRÉSENTANT

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom de naissance : Prénom :

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

Adresse postale :

Adresse mail :

N° de téléphone portable (ou fixe) **:**

IDENTITÉ DU PATIENT (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 recto-verso, passeport ou titre de séjour
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 ☐ Photocopie de la pièce d'identité du patient

INFORMATIONS TARIFAIRES

Lorsque le dossier ne comporte pas d'imagerie, le Groupe Hospitalier Seclin Carvin privilégie l'envoi des dossiers médicaux par mail sécurisé via un hébergeur de données de santé, n'occasionnant pas de frais pour le demandeur.

« *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

Si vous souhaitez un envoi par courrier, les frais de reproduction sont les suivants, auxquels s'ajoute le coût d'envoi par courrier recommandé avec AR.

Photocopie par feuille	0,18 € TTC par feuille	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 € TTC	

DÉTAILS DE LA DEMANDE *(cochez la ou les cases et complétez)*

Site de prise en charge :

☐ Seclin ☐ Carvin ☐ Wattignies

Dates / périodes de prise en charge :

Documents souhaités :

☐ Compte-rendu d'hospitalisation *(CRH)*

☐ Compte-rendu opératoire *(CRO)*

☐ Pièces essentielles du dossier médical *(CRH, CRO, résultats d'examens)*

☐ Imagerie

☐ Autres documents *(précisez)* :

Service(s) concerné(s):

Informations complémentaires facilitant la recherche (dates et services d'hospitalisation, nom du médecin ayant suivi le patient, raisons de la demande (facultatif)) :

TRANSMISSION DES INFORMATIONS *(cochez la ou les cases et complétez)*

☐ Envoi du dossier par mail sécurisé via l'hébergeur de données de santé à l'adresse mail suivante :

☐ Remise sur place au Groupe Hospitalier Seclin Carvin, rue d'Apolda à Seclin *(entre 8h et 17h)* sur présentation d'un justificatif d'identité (paiement au retrait)

☐ Envoi en lettre recommandée à l'adresse du demandeur

☐ Envoi en lettre recommandée au Docteur *(nom, prénom, adresse)* :

☐ Obtenir un rendez-vous pour venir consulter le dossier médical sur place accompagné d'un médecin de l'hôpital

Date : **Signature :**

Transmettre les documents de préférence par mail à : dossiers.medicaux@ghsc.fr

Ou par courrier à : **Groupe Hospitalier SECLIN CARVIN**
Unité de dossiers médicaux physiques
Rue d'Apolda - BP 109
59471 SECLIN Cedex

GHSC
Groupe Hospitalier Seclin Carvin

DEMANDE DE TRANSMISSION DE DOCUMENTS MÉDICAUX PAR L'AYANT-DROIT D'UN PATIENT DÉCÉDÉ, PARTENAIRE LIE PAR UN PACS OU CONCUBIN

IDENTITÉ DU DEMANDEUR AYANT-DROIT, PARTENAIRE LIE PAR UN PACS OU CONCUBIN

Nom de naissance : Prénom:

Nom d'usage, si différent : Né(e) le:

Adresse postale :

Adresse mail :

N° de téléphone portable (ou fixe) :

Lien avec le patient :

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom de naissance : Prénom :

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

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Ayant-droit du patient décédé, PACS, concubin

- ☐ Acte de décès
- ☐ Carte nationale d'identité en recto-verso du demandeur
- ☐ Preuves du lien de parenté (livret de famille, certificat d'hérédité ...)
- ☐ Préciser le motif de la demande

MOTIFS DE LA DEMANDE

- ☐ Connaître les causes du décès
- ☐ Faire valoir un droit (*)
- ☐ Examens génétiques
- ☐ Défendre la mémoire du défunt (*)

(*) Précisez quel droit vous souhaitez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue *(Pour plus d'informations à ce sujet, consultez le document d'information « l'accès au dossier médical d'un proche décédé »*

INFORMATIONS TARIFAIRES

Lorsque le dossier ne comporte pas d'imagerie, le Groupe Hospitalier Seclin Carvin privilégie l'envoi des dossiers médicaux par mail sécurisé via un hébergeur de données de santé, n'occasionnant pas de frais pour le demandeur.

« *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

Si vous souhaitez un envoi par courrier, les frais de reproduction sont les suivants, auxquels s'ajoute le coût d'envoi par courrier recommandé avec AR.

Photocopie par feuille	0,18 € TTC par page	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 € TTC	

DÉTAILS DE LA DEMANDE *(cochez la ou les cases et complétez)*

Site de prise en charge :

☐ Seclin ☐ Carvin ☐ Wattignies

Dates / périodes de prise en charge :

Documents souhaités :

☐ Compte-rendu d'hospitalisation *(CRH)*

☐ Compte-rendu opératoire *(CRO)*

☐ Pièces essentielles du dossier médical *(CRH, CRO, résultats d'examens)*

☐ Autres documents *(précisez)* :

Service(s) concerné(s):

Informations complémentaires facilitant la recherche (dates et services d'hospitalisation, nom du médecin ayant suivi le patient, raisons de la demande (facultatif)) :

TRANSMISSION DES INFORMATIONS *(cochez la ou les cases et complétez)*

☐ Envoi du dossier par mail sécurisé via l'hébergeur de données de santé à l'adresse mail suivante :

☐ Remise sur place au Groupe Hospitalier Seclin Carvin, rue d'Apolda à Seclin *(entre 8h et 17h)* sur présentation d'un justificatif d'identité (paiement au retrait)

☐ Envoi en lettre recommandée à l'adresse du demandeur

☐ Envoi en lettre recommandée au Docteur *(nom, prénom, adresse)* :

☐ Obtenir un rendez-vous pour venir consulter le dossier médical sur place accompagné d'un médecin de l'hôpital

Date : **Signature :**

Transmettre les documents de préférence par mail à : dossiers.medicaux@ghsc.fr

Ou par courrier à : **Groupe Hospitalier SECLIN CARVIN**
Unité de Dossiers Médicaux Physiques
Rue d'Apolda - BP 109
59471 SECLIN Cedex