



COUPON REPONSE POUR LA DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT
(copie du dossier patient, consultation sur place en présence d'un médecin...)

PATIENT CONCERNE (A COMPLETER OBLIGATOIREMENT) ➔ Joindre une copie d'une pièce d'identité

NOM d'usage et Prénoms :

Nom de naissance :

Date de naissance : décédé(e) Date du décès :

Adresse :

Téléphone : Email (@) :

Périodes ou années concernées par la demande :

Services concernés par la demande :

A compléter uniquement si le patient n'est pas le demandeur : Représentant légal du mineur - Tuteur - Ayant droit (pour patient décédé)

NOM d'usage et Prénoms :

Nom de naissance :

Adresse :

Téléphone : Email (@) :

Qualité du demandeur :

conjoint père mère fils fille frère sœur tuteur autre à préciser :

Représentant légal du mineur

➔ Joindre :

- une copie d'une pièce identité du représentant légal et du patient
- une copie du livret de famille + une copie de justification de l'autorité parentale en cas de divorce/séparation.

Ayants droits (patient décédé)

➔ 1 - préciser le motif de la demande :

- connaître les causes du décès
- défendre la mémoire du défunt
- faire valoir nos droits

➔ 2 - joindre :

- une copie d'une pièce identité de l'ayant droit et du patient
- une copie du livret de famille
- une copie du PACS (preuve de votre qualité de partenaire si signataire d'un PACS)
- une copie de l'acte de décès (si décès dans un autre établissement)
- un certificat d'hérédité (cas succession simple)
- ou
- un acte de notoriété (cas succession complexe)

Tuteur

➔ Joindre :

- une copie d'une pièce identité du tuteur et du patient + une copie du jugement de **tutelle**.

PIECES SOUHAITÉES

<input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Résultats de laboratoire
<input type="checkbox"/> Comptes rendus d'intervention	<input type="checkbox"/> Dossier des urgences / SMUR
<input type="checkbox"/> Comptes rendus de consultation	Autres (précisez) :
Dossier de soins : <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie (consultation, feuille d'anesthésie, feuille de surveillance...) <input type="checkbox"/> Transmissions infirmières (soins infirmiers journaliers, feuille de température...) <input type="checkbox"/> Transmissions paramédicales (kiné, ergothérapeute...) <input type="checkbox"/> Prescriptions médicales <input type="checkbox"/> Dossier transfusionnel <input type="checkbox"/> Correspondance qui a été échangée avec le médecin traitant ou d'autres spécialistes	
<input type="checkbox"/> Recevoir les clichés d'imagerie originaux et dégage le CH Jean Coulon de toute responsabilité quant à la conservation desdits clichés	<input type="checkbox"/> ne souhaite pas recevoir les clichés d'imagerie (radiographie, IRM ; scanner)

MODE DE COMMUNICATION

Consultation sur place avec accompagnement médical

(le rendez-vous avec le médecin sera fixé par le secrétariat du service concerné)

Transmission de la copie des documents demandés selon l'une des modalités suivantes :

Envoi postal à l'adresse suivante :

Adresse :

Envoi à un médecin de mon choix

Médecin désigné :

Adresse :

Récupération de la copie au secrétariat de Direction *(sur rendez-vous)*

DONNE MANDAT A :

A compléter uniquement si vous décidez de mandater une tierce personne pour accéder à vos données de santé

NOM d'usage et Prénoms :

Nom de naissance :

Adresse :

Téléphone : Email (@) :

(=> joindre une copie d'une pièce d'identité de la personne mandatée)

Je soussigné(e) :

atteste l'exactitude des renseignements donnés et accepte les frais afférents à la demande.

Pour valoir ce que de droit, **demande faite à** : **le** : -----/-----/-----

Tarif unitaire TTC des copies des documents médicaux au 01/03/2017:

Pages de format A4	0,18	€
Pages de format A3	0,36	€
Cédérom :	1,20	€
Frais d'envoi postal, sauf dossier volumineux facturé au cas par cas <i>(lettre recommandé avec accusé de réception)</i>	9,60	€

Signature du demandeur

A renvoyer dans les 30 jours ⁽¹⁾ accompagné des pièces justificatives :

Par courrier :	Centre Hospitalier Jean Coulon – Direction des Relations avec les Usagers – Avenue Pasteur – 46 300 GOURDON
Par email :	celreclamations@ch-gourdon.fr
Informations complémentaires :	05.65.27.66.24

(1) Le non renvoi de ce document sous 30 jours entraînera la clôture de votre demande