

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT
(copie du dossier patient, consultation sur place en présence d'un médecin...)

EN.RCSA.NDS.026

Version : 23

Page 1 / 2

Règlementation en vigueur (articles L. 1111-7, L. 1112-1 et R. 1111-1 à R. 1112-9 du code de la santé publique, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique) – Avis CADA n°20121675 – n°20104663 – n°20181237.

PATIENT

NOM d'usage et Prénoms :
Nom de naissance : Date de naissance : / /
Adresse :
Téléphone : Email (@) :

**IDENTITÉ DU
DEMANDEUR**

Ayant droit :
☞ patient décédé
Représentant légal
Tuteur

NOM d'usage et Prénoms :
Nom de naissance : Date de naissance : / /
Adresse :
Téléphone : Email (@) :

**QUALITÉ DU
DEMANDEUR**

Patient Représentant légal Tuteur

Ayant droit si patient décédé : conjoint enfant autres :

☞ **motif de la demande** : connaître les causes du décès
 défendre la mémoire du défunt : précisez :
 faire valoir nos droits : précisez :

Seules les informations permettant de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir un droit, peuvent être communiquées aux ayants droits, à moins que le patient ne s'y soit opposé de son vivant (Article L 1110-4 du Code de la santé publique).

**SERVICES
PERIODES /
ANNÉES
CONCERNÉES**

Services :

Périodes/Années :

**ELEMENTS DU
DOSSIER
DEMANDÉS**

Comptes rendus d'hospitalisation Prescriptions médicales
 Comptes rendus de consultation Résultats biologie (prélèvements...)
 Comptes rendus d'intervention Autres pièces, précisez :
 Imagerie (radiographies, IRM, Scanner, échographie...) et dégage le CH Nord Deux-Sèvres de toute responsabilité quant à la conservation desdits clichés.

**MODALITÉS
DE
COMMUNICATION**

Consultation sur place avec accompagnement médical (rendez-vous fixé par le secrétariat du service concerné)
 Envoi postal à votre adresse
 Récupération sur rendez-vous : Faye L'Abbesse Parthenay Thouars
 Envoi postal à un médecin de mon choix :
Nom du médecin désigné :
Adresse :

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

EN.RCSA.NDS.026

Version : 23

Page 2 / 2

Patient : ✓ copie d'un justificatif d'identité**Représentant légal** : ✓ copie d'un justificatif d'identité
✓ copie livret de famille
✓ copie de justification de l'autorité parentale en cas de divorce/séparation**Tuteur** : ✓ copie d'un justificatif d'identité du patient
✓ copie d'un justificatif d'identité du tuteur
✓ copie du jugement de tutelle**Conjoint – Enfants** : ✓ copie justificatif d'identité du patient
✓ copie justificatif d'identité du demandeur
✓ copie acte de décès
✓ copie livret de famille, attestation de filiation**Autres** : ✓ copie justificatif d'identité du patient
✓ copie justificatif d'identité du demandeur
✓ copie acte de décès
✓ copie livret de famille du patient
✓ copie d'un justificatif prouvant votre qualité d'héritier (*acte de notoriété, certificat d'hérédité...*)
✓ copie du PACS (*preuve de votre qualité de partenaire et signataire d'un PACS,*
✓ copie certificat de vie commune

Les frais de reproduction et le cas échéant, l'envoi postal par lettre recommandée avec accusé de réception des documents sollicités sont à la charge du demandeur.

- ⌘ *Reproduction document : 0,18€ par page*
- ⌘ *Reproduction d'un CD/DVD d'imagerie : 2,75€ le CD/DVD*
- ⌘ *Envoi en recommandé avec AR : tarif de la poste*

Un titre de recette sera adressé ultérieurement par la Trésorerie Principale.

NOM d'usage et Prénoms :**Nom de naissance** : **Date de naissance** : / /**Adresse** :**Téléphone** : **Email (@)** :➔ **Joindre** une copie d'un justificatif d'identité de la personne mandatée (*passport, carte identité, permis...*)**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 : -----/-----/-----

Signature du demandeur

A défaut des pièces justificatives demandées la demande ne sera pas traitée
Le non renvoi sous 30 jours du formulaire et des pièces justificatives entrainera la clôture de votre demande**A renvoyer :**

Par courrier :	CHNDS- Service Qualité- 4 rue du Dr Michel Binet – 79350 FAYE L'ABBESSE Cedex
Par email :	qualite@chnds.fr
Informations complémentaires :	05.49.68.31.56