

	ENREGISTREMENT		Ref : GHT-EN-CRU-001
	Famille : COMMUNICATION ET RELATIONS AVEC LES USAGERS		Version : 05
	FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL AU PATIENT		Date d'application : 02/01/2023
			Pages : 1/3

A adresser ou à déposer dûment complété à l'établissement souhaité. Les coordonnées des différents établissements sont notées ci-dessous

Le délai maximum d'obtention d'informations sur un dossier est de 8 jours à compter de la demande pour des dossiers de moins de 5 ans et de 2 mois pour ceux de plus de 5 ans, bien que l'établissement essaie de satisfaire au plus vite votre demande.

En vertu de la loi 2002-403 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (articles L.1110-4, L. 1111-7 et 8, R. 1111-1 à 8, R.1112-1 à 9 du code de santé publique) parue au journal officiel n°54 le 5 mars 2002, décret 2002-637 du 19 avril 2002.

I – IDENTITE DU PATIENT

Nom de naissance.....Nom d'usagePrénom.....
 Date de naissance/...../.....
 Adresse :.....
 Code postalVille
 ☎/...../...../...../.....

II – IDENTITE ET QUALITE DU DEMANDEUR (si mineur ou sous-tutelle avec représentation à la personne)

Nom de naissance.....Nom d'usagePrénom.....
 Date de naissance/...../.....
 Adresse :.....
 Code postalVille
 ☎/...../...../...../.....

Agissant en tant que représentant légal : père – mère – tuteur (barrez les mentions inutiles) du patient.

III – DEMANDE DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

Je demande la communication des éléments suivants (cocher la case correspondant au document souhaité) :

<input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Correspondance entre médecins
<input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire	<input type="checkbox"/> Compte-rendu de consultation
<input type="checkbox"/> Compte-rendu d'examens	<input type="checkbox"/> Transmissions infirmières
<input type="checkbox"/> Clichés radiographiques, scanner, IRM	<input type="checkbox"/> Biologie
<input type="checkbox"/> Fiche de liaison IDE	<input type="checkbox"/> Certificats
<input type="checkbox"/> Autre :	

Ces éléments correspondent à :

Consultation dans le Service deEn date du

Hospitalisation dans le Service deEn date du

Autres (à préciser).....

	ENREGISTREMENT	Ref : GHT-EN-CRU-001
	Famille : COMMUNICATION ET RELATIONS AVEC LES USAGERS	Version : 05
	FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL AU PATIENT	Date d'application : 02/01/2023
	Pages : 2/3	

IV – SELON LES MODALITES SUIVANTES

- Envoi postal à mon domicile en recommandé avec accusé de réception
 - Retrait sur place des copies par le patient, le représentant légal ou son mandataire
 - Consultation sur place en présence d'un médecin de l'établissement avec demande éventuelle de copies
 - Envoi à un médecin que je désigne :
-
.....
.....

- Communication à une tierce personne (Nom de naissance - Nom d'usage - Prénom - Adresse) mandatée :
-
.....
.....

V – DOCUMENTS A FOURNIR

Le demandeur doit apporter la preuve de son identité afin de justifier son droit à consulter le dossier patient et produire les documents suivants, selon les cas (article 1 du décret n° 2002-637) :

Demandeur souhaitant consulter son propre dossier	Copie recto-verso d'une pièce d'identité
Demande émanant des titulaires de l'autorité parentale	Copie recto-verso d'une pièce d'identité + Copie du livret de famille
Demande émanant d'un tuteur	Copie recto-verso d'une pièce d'identité + Copie du jugement
Communication au mandataire	Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient et de la personne mandatée + Autorisation écrite du patient précisant le motif (obligatoire)

VI – FRAIS DE REPROGRAPHIE ET D'ENVOI

Les frais de reprographie et d'envoi des éléments demandés du dossier médical sont à la charge du demandeur (selon les tarifs) :

A4 noir et blanc : 0.22€ (la page)	A4 couleur : 0.25€ (la page)
A3 noir et blanc : 0.28€ (la page)	A3 couleur : 0.32€ (la page)
Reproduction radiographique : 4.70€	CD Rom : 2.75€
Frais postaux (envoi recommandé avec accusé de réception) : Tarifs en vigueur selon poids	

Ces frais feront l'objet d'une facturation adressée au demandeur.

Tout coût de reproduction inférieur à 5€ n'est pas facturé.

Fait à le

Signature du patient ou du demandeur

Les données que vous fournissez sur le présent formulaire sont récoltés pour permettre le traitement de votre demande, et de conserver la traçabilité des demandes. Ces données sont à destination du service compétent au traitement de votre demande et les données seront conservées en respect des finalités des traitements nécessaires. Vous avez la possibilité de faire valoir vos droits liés au RGPD en réalisant une demande auprès de l'établissement.

Courrier : DPO GHT Nièvre, 1 avenue Patrick Guillot, 58000 NEVERS
e-mail : għt.dpo@ght58.fr

	ENREGISTREMENT	Ref : GHT-EN-CRU-001
	Famille : COMMUNICATION ET RELATIONS AVEC LES USAGERS	Version : 05
	FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL AU PATIENT	Date d'application : 02/01/2023
		Pages : 3/3

Coordonnées des établissements du GHT de la Nièvre

Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers

Secrétariat de Direction

1, Avenue Patrick Guillot

BP 649

58033 NEVERS Cedex

 03.86.93.70.20

Centre Hospitalier de Decize

Secrétariat de Direction

BP20065

74, Route de Moulins

58302 DECIZE Cedex

 03.86.77.78.82

Centre Hospitalier Pierre Lôô

Secrétariat de Direction

51, Rue des Hôtelleries

BP 137

58405 LA CHARITE SUR LOIRE Cedex

 03.86.69.40.02

Centre Hospitalier de Château Chinon

Secrétariat de Direction

42 Rue Jean Marie Thévenin

58120 CHATEAU CHINON

 03.86.79.60.74

Centre Hospitalier de Cosne Cours sur Loire

Secrétariat de Direction

96 Rue du Maréchal Leclerc

BP 141

58026 COSNE COURS SUR LOIRE

 03.86.26.54.01

Centre Hospitalier « Les Cygnes »

Secrétariat de Direction

8 Rue du panorama

58140 LORMES

 03.86.22.30.00

Centre Hospitalier Henri Dunant

Secrétariat de Direction

29 Rue Henri Dunant

58405 LA CHARITE SUR LOIRE

 03.86.69.44.07

Centre de Soins Longue Durée

5 Avenue hoche

58170 LUZY

 03.86.30.28.28