

	ENREGISTREMENT	Ref : GHT-EN-CRU-003
	Famille : COMMUNICATION ET RELATIONS AVEC LES USAGERS	Version : 01
	FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL A UN AYANT DROIT	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 postal Ville
☎/...../...../.....

II – IDENTITE ET QUALITE DU DEMANDEUR

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

Agissant en tant que ayant droit du patient. Date du décès du patient...../...../.....

Motif de la demande (à remplir obligatoirement par l'ayant droit) :

- Connaître les raisons du décès
- Faire valoir mes droits (à préciser).....
.....
- Défendre la mémoire du patient (à préciser).....
.....

III – SELON LES MODALITES SUIVANTES

- Envoi postal à mon domicile en recommandé avec accusé de réception
- Retrait sur place des copies par 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 :
.....
.....

	ENREGISTREMENT	Ref : GHT-EN-CRU-003
	Famille : COMMUNICATION ET RELATIONS AVEC LES USAGERS	Version : 01
	FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL A UN AYANT DROIT	Date d'application : 02/01/2023
		Pages : 2/3

IV – 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) :

Demande émanant d'un ayant-droit	Copie recto-verso d'une pièce d'identité + Copie du livret de famille ou certificat d'hérédité ou de notoriété ou pacte civil de solidarité + Acte de décès si le patient est décédé hors de l'établissement
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)

V– 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 àle

Signature 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 : ght.dpo@ght58.fr

	ENREGISTREMENT	Ref : GHT-EN-CRU-003
	Famille : COMMUNICATION ET RELATIONS AVEC LES USAGERS	Version : 01
	FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL A UN AYANT DROIT	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 Lôo

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