

	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 postal Ville
 ☎/...../...../.....

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 postal Ville
 ☎/...../...../.....

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 de En date du
 Hospitalisation dans le Service de En 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 àle

Signature du patient ou du demandeur

	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 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