

Formulaire de demande d'accès au dossier par le patient, son représentant ou son ayant droit

Service des Relations avec les Usagers
Téléphone : 03.21.63.66.00 (poste 6601)
Courriel : serviceusagers.ma@ghtpsy-npdc.fr

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES
 AU DOSSIER MEDICAL
 PAR LE PATIENT LUI-MÊME, SON
 REPRESENTANT OU SON AYANT-DROIT**

La demande doit être formulée nécessairement au moyen de cet imprimé complété, signé et accompagné des justificatifs demandés

**Monsieur le Directeur
 EPSM Val de Lys-Artois
 20 rue de Busnes -62350 Saint-Venant**

La reproduction des pièces du dossier médical est gratuite.

Cependant, la reproduction des pièces médicales pourra donner lieu à facturation en cas de deuxième demande ou lors de toute demande abusive.

*La page : 0.18 euros
 Ajouter les frais d'envoi en recommandé avec AR : selon le tarif en vigueur*

Le montant vous sera communiqué lors de la transmission des pièces de votre dossier médical. Un avis de somme à payer sera transmis par le service des finances et recouvré par le Trésor Public.

➤ **Identité du demandeur**

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone (fixe/et ou portable) :

Qualité du demandeur	Justificatifs nécessaires (à joindre au présent formulaire)	Identité du patient (si différent du demandeur)
<input type="checkbox"/> Patient(e)	Carte nationale d'identité recto-verso <u>ou</u> passeport	Nom : Prénom : Date de naissance :
<input type="checkbox"/> Représentant légal d'un patient mineur	Carte nationale d'identité recto-verso du demandeur et du mineur et livret de famille <u>ou</u> extrait de naissance	
<input type="checkbox"/> Représentant légal d'un majeur <input type="checkbox"/> Sous tutelle <input type="checkbox"/> Sous curatelle	Carte nationale d'identité recto-verso du demandeur et de la personne majeure et copie jugement rendu	
<input type="checkbox"/> L'ayant droit en cas de décès	Carte nationale d'identité recto-verso du demandeur et joindre une copie de l'acte de décès et joindre une copie du livret de famille ou de l'acte de naissance (preuve de la qualité d'ayant droit)	

Formulaire de demande d'accès au dossier par le patient, son représentant ou son ayant droit

➤ Complément d'information en cas de demande d'un ayant droit

Date du décès :

Lien de parenté :

Motifs de la demande :

- Connaître les causes de la mort
- Faire valoir un droit
- Défendre la mémoire du défunt

Préciser la demande (Seuls les éléments du dossier médical permettant de répondre à la demande seront transmis) :

.....

.....

.....

.....

➤ Demande à obtenir communication des documents suivants : (cochez la ou les cases et complétez)

- Documents relatifs à l'hospitalisation du au
- Pièces particulières du dossier médical :
- Dossier complet

➤ Selon les modalités suivantes : (cochez la case correspondant à votre souhait)

- Consultation du dossier sur rendez-vous. Si vous le souhaitez vous pouvez être accompagné à la lecture par un médecin du service
- Remise en mains propres
- Envoi des copies au domicile par lettre recommandée avec accusé de réception
- Envoi des copies à un médecin désigné

Nom du médecin :

Adresse :

➤ Délai de communication

Conformément à la réglementation, le délai de transmission des pièces médicales sera de :

- 8 jours, si les informations médicales datant de moins de 5 ans
- 2 mois, si les informations médicales datant de plus de 5 ans

Date :

Signature (précédé de la Mention manuscrite « Lu et approuvé »)