I. IDENTITE DU DEMANDEUR

N°

NOM : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... /..... /.....

Type et N° de pièce d'identité: .....

Adresse : N° : ..... Rue : .....

.....

Code postal : ..... Ville: .....

Téléphone: ..... Adresse mail : .....@.....

II. QUALIFICATION

Vous êtes :

- ☐ le patient lui-même
- ☐ le titulaire de l'autorité parentale (si le patient est mineur), précisez votre qualité .....
- ☐ le représentant légal d'un majeur sous tutelle, précisez votre qualité .....
- ☐ l'ayant-droit, précisez votre qualité d'ayant droit (ordre successoral) : .....

III. DOSSIER DU PATIENT

NOM du patient (si différent du demandeur): .....

Nom de jeune fille (si différent du demandeur): .....

Prénom(s) du patient (si différent du demandeur): .....

Date de naissance (si différent du demandeur): ..... /..... /.....

Date de décès du patient (si vous êtes un ayant-droit) : ..... /..... /.....

Date de séjour ou de la consultation : du ..... /..... /..... au ..... /..... /.....

Si plus de date : .....

Service du séjour :

☐ Médecine ☐ Chirurgie ☐ Maternité / Gynécologie ☐ Médecine gériatrique / LISP ☐ Réanimation ☐ SSR

☐ Consultation externe ☐ Chirurgie Ambulatoire ☐ Hôpital de jour ☐ USLD ☐ Pédiatrie / Néonatalogie ☐ Urgences

Motif de la demande de consultation
(mention obligatoire (si le demandeur n'est pas le patient):

- ❑ Renseignements
- ❑ Suite à un décès
- ❑ Procédure judiciaire
- ❑ Expertise médicale
- ❑ Autre : .....

Document(s) demandé(s) :

- ❑ Résultats d'examens (bilans biologiques, imagerie, ...), précisez :

.....

- ❑ Comptes rendus de consultations, d'interventions, d'explorations ou d'hospitalisations,

précisez : .....

- ❑ Protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre
- ❑ Feuilles de surveillance

Motif de la demande de consultation
(pour l'ayant-droit):

- ❑ Faire valoir un de vos droits
- ❑ Connaitre les causes du décès
- ❑ Défendre la mémoire du défunt

Vous devez préciser les circonstances qui vous conduise à invoquer le motif retenu ainsi que l'objectif visé afin de permettre à l'équipe médicale qui a suivi le patient décédé de sélectionner les éléments se rattachant à cet objectif.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. MODE DE COMMUNICATION

☐ Je souhaite consulter gratuitement sur place (uniquement sur rendez-vous), site de ☐ Mende, ☐ Marvejols les documents demandés et

- ☐ être assisté(e) par un médecin
- ☐ ne pas être assisté(e) par un médecin

☐ Je souhaite retirer les copies des documents demandés (uniquement sur rendez-vous) sur le site de ☐ Mende ou de ☐ Marvejols, les frais de reproduction sont à ma charge (Cf. tarifs dans l'annexe à la page 3). Dans le cas où vous mandatez quelqu'un, veuillez décliner son identité (NOM-Prénom) .....et nous adresser la copie de sa pièce d'identité.

☐ Je souhaite qu'une copie de mon dossier médical me soit envoyée à mes frais en Recommandé avec Accusé de Réception (Cf. tarifs dans l'annexe à la page 3).
A l'adresse suivante (si différent de l'adresse du demandeur): .....

V. DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL

Lors de la communication de votre dossier médical et pour la bonne compréhension des informations contenues, la présence d'un médecin vous est vivement recommandée.
Si vous souhaitez que votre dossier médical soit adressé à votre médecin traitant, veuillez nous préciser ses coordonnées :
Docteur : .....
Adresse : N°: ..... Rue: .....
.....
Code postal : ..... Ville: .....
Téléphone: .....

VI. SIGNATURE ET ACCEPTATION

Je soussigné(e) ..... auteur de la présente demande, atteste avoir été informé(e) des différents modes d'accès au dossier médical et de l'existence d'un dispositif d'accompagnement médical.
J'atteste avoir qualité pour consulter le dossier médical demandé en application de l'article 1er (abrogé au 27 mai 2003) du décret du 29 avril 2002 (patient lui-même, titulaire de l'autorité parentale, tuteur ou personne mandatée) et je joins les copies des pièces justificatives qui me sont demandées en fonction de ma qualité (Cf. l'annexe à la page 3).

Fait à : .....

Le ..... /..... /.....

Signature du demandeur

Signature du cadre du service*

**si le/la cadre de service dans lequel la patient est hospitalisé complète la présente demande.*

Merci de retourner cet imprimé dûment complété et signé accompagné des justificatifs à l'attention du
Secrétariat de Direction de l'Hôpital de Marvejols
Chemin Jean Fontugne 48100 MARVEJOLS

ANNEXE

Pièces justificatives à joindre au formulaire dûment complété et signé

Patient (Majeur capable)	- Copie d'une pièce d'identité à jour recto-verso
Personne titulaire de l'autorité parentale	- Copie d'une pièce d'identité à jour recto-verso - Copie de la pièce d'identité à jour du mineur recto-verso - Copie du livret de famille ou de la décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale *Le mineur peur refuser à son / ses représentants légaux l'accès à son dossier ou le conditionner à la présence d'un médecin de son choix lors de sa consultation.*
Représentant légal d'un majeur sous tutelle	- Copie d'une pièce d'identité à jour recto-verso - Copie de la pièce d'identité du majeur protégé à jour recto-verso - Copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur
Ayant-droit d'une personne décédée	- Copie d'une pièce d'identité à jour recto-verso - Certificat de décès de la personne dont les informations médicales sont demandées - Certificat d'hérédité (acte de notoriété)
Personne mandatée	- Copie d'une pièce d'identité à jour recto-verso - Mandat exprès signé du patient (sous réserve d'absence de conflit d'intérêt avec le mandant)

Frais

Frais de reproduction: Tarifs réglementaires en vigueur
Frais d'envoi : Tarifs de La Poste en vigueur pour l'envoi (AR-LR)

Délais de communication

Le demandeur obtiendra communication des informations au plus tard dans un délai de 8 jours à compter de la réception de ce formulaire dûment complété et signé accompagné des pièces justificatives ou à réception de la demande reformulée et/ou des pièces manquantes en cas de non recevabilité, et, sous 2 mois, pour des informations datant de plus de 5ans.
Dans tous les cas, le demandeur dispose d'un délai de réflexion incompressible de 48 heures avant transmission des documents.