Centre Hospitalier

Demande d'accès au dossier médical

La demande est à formuler par l'intermédiaire de cet imprimé, daté, signé et accompagné des justificatifs demandés. Nous attirons votre attention sur les frais de 7€ (un chèque à joindre) et sur le caractère strictement <u>personnel</u> des informations que vous allez détenir, notamment vis-à-vis de tierces personnes, y compris à des organismes d'assurances. Par courrier : Direction du Centre Hospitalier de Denain, 25 Av. Jean Jaurès, 59220 Denain, 0327243436

1. Identité du demandeur (joindre une copie recto verso de la pièce d'identité)			
Nom :			
Code Postal: Ville:			
Numéro de téléphone : Mail :			
Demande la communication			
Pour la période du/ au/ Service :			
de mon dossier médical			
□ du dossier de mon enfant mineur (remplir case 2) en qualité de représentant légal (joindre une copie du livret d e famille ou un extrait d'acte de naissance avec filiation datant de moins de 3 mois)			
□ du dossier d'une personne protégée (remplir case 2) en qualité de tuteur (joindre une copie dujugement + une copie de la pièce d'identité de la personne protégée)			
du dossier d'une personne décédée (remplir case 2 et impérativement la case 5) en qualité d'ayant droit (héritie de la personne décédée) (joindre une copie de tout document attestant devotre qualité d'ayant droit : livret de famille, acte notarié)			
2. Identité du patient (si différent du demandeur, lorsque le patient sollicite un intermédiaire afin d'obtenir son dossier patient, le mandat exprès est alors obligatoire avec <u>justificatif des deux identités</u> à savoir, celle du mandant - le patient et celle du mandataire - le demandeur)			
Nom: Prénom:			
Date de naissance : Lieu :			
Pour la période du/ service :			

3. Motivation de la demande d'un ayant droit (héritier d'une personne décédée)

L'accès d'un ayant droit aux informations médicales d'une personne décédée est strictementencadrée;

Le décès d'une personne ne met pas fin au secret protégeant sa vie privée ni au secret médical

Plusieurs conditions doivent être remplies :

- La personne décédée ne doit pas de son vivant s'être opposée à cette communication
- Le demandeur doit avoir la qualité d'ayant droit
- La demande doit être expressément fondée sur une ou plusieurs des trois motivations(art.L1110-4 CSP)
 - Connaître les causes de la mort
 - Défendre la mémoire du défunt,
 - Faire valoir vos droits



Demande d'accès au dossier médical

Le Centre Hospitalier de Denain n'est tenu de communiquer à l'ayant droit que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'il poursuit.

Vo	us souhaitez :
	Connaître les causes du décès Défendre la mémoire du défunt, (à préciser obligatoirement)
	Faire valoir vos droits (à préciser obligatoirement) quel(s) droit(s) s'agit-il:
Que	elles sont les informations relatives à la santé de la personne décédée vous sont nécessaires pour y répondre
4.	Nature des documents demandés
	Courrier du médecin traitant Dossier d'admission, service des Urgences Comptes rendu divers Examens biologiques ou d'anatomie pathologique Observations médicales et paramédicales Prescriptions médicales Diagramme de soins Feuilles de surveillance Fiches de liaison Explorations fonctionnelles Electrocardiogramme Duplicatas de clichés d'imagerie (scanner, IRM, etc.) Lettre de sortie Autres à préciser:
5.	Modalités d'accès souhaitées
	à mon domicile (<u>un deuxième chèque vous sera demandé pour l'envoi en recommandé avec accusé de réception; le ntant varie en fonction du poids du dossier et vous sera communiqué par téléphone ou par e-mail)</u> retrait des copies sur place
	au médecin que je désigne :
No	m Prénom
Adı	resse
N°.	Γéléphone:
	Consultation sur place, demande à être accompagné(e) d'un médecin du service concerné.
Fai	t à Le/

Signature du demandeur



Demande d'accès au dossier médical par un mandataire

MANDAT EXPRÈS

ENTRE LES SOUSSIGNES :	
En tant que Mandant :	
☐ M. ☐ Mme. Nom	Nom de jeune fille
Prénom	
Demeurant	
	(Joindre pièce justificative d'identité)
ET	
En tant que Mandataire :	
☐M. ☐ Mme. Nom	Nom de jeune fille
Prénom	
	(Joindre pièce justificative d'identité)
D'AUTRE PART	
Mandants aux présentes, déclarons nous constituer l'ur	n et l'autre mutuellement pour Mandataire exprès de
l'autre qui l'accepte.	
Le Mandataire pourra procéder en lieu et place du Mar	ndant pour récupérer le dossier patient du Mandant.
	Power and an arrangement of the second of th
Fait à,	le _
Signature du Mandant	Signature du Mandataire
précédée de la mention manuscrite	précédée de la mention manuscrite
« Bon pour mandat »	« Bon pour acceptation du mandat »
A compléter par le service	· ·
Dossier remis le :/ Nom de la perso	onne qui remet le dossier
Signature du mandataire :	
Signature du mandataire .	