

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom

Prénoms.....

Nom de naissance.....

Date de naissance /_/_//_/_//_/_//_/_//_/_//_/_// Lieu de naissance.....

Adresse.....

Téléphone : /_/_//_/_//_/_//_/_//_/_//_/_//

QUALITE DU DEMANDEUR

- ▶ **Patient lui-même :**
Fournir la photocopie recto-verso d'une pièce d'identité vous concernant
- ▶ **Titulaire de l'autorité parentale :** Père Mère Déléataire de l'autorité parentale
Fournir la photocopie recto-verso d'une pièce d'identité vous concernant, le cas échéant concernant le mineur, la copie du livret de famille, en cas de divorce ou si déléataire de l'autorité parentale, la copie du jugement du Juge des Affaires Familiales attestant de votre autorité parentale et complété le cas échéant de la carte d'identité du mineur.
- ▶ **Tuteur :**
Fournir la photocopie recto-verso d'une pièce d'identité vous concernant, concernant le majeur protégé et la copie du jugement de tutelle
- ▶ **Ayant droit** (lorsque le patient est décédé) : Conjoint Père/Mère Frère/sœur Enfant
Autre, précisez :
Fournir la copie d'un titre d'identité vous concernant, la preuve de votre qualité d'ayant droit (acte notarié) ainsi que la copie du certificat de décès.

En qualité d'ayant-droit, vous n'avez accès qu'aux seules informations nécessaires à la réalisation de l'un des motifs suivants et uniquement à ces informations (item obligatoire, en application des articles R.1111.7 et L.1110-4 du Code de la Santé Publique) :

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt : *Précisez le motif de l'attaque publique :*
.....
- Faire valoir vos droits : *Précisez*
.....

NB : les informations demandées ne pourront pas vous être transmises si opposition du patient de son vivant (mention écrite au dossier du patient)

- ▶ **Personne mandatée par le patient :**
Partie à compléter par le patient :
Je, soussigné(e) (nom, nom de jeune fille et prénom du patient)
.....
né(e) le /_/_//_/_//_/_//_/_//_/_//, autorise (nom et prénom du mandaté)
.....à solliciter
auprès du Directeur Général de l'Institut Camille Miret l'accès à mon dossier médical.
Fait le à **Nom et signature du patient**

Partie à compléter par la personne mandatée :

Je, soussigné (nom et prénom du mandaté)
.....
certifie n'avoir aucun conflit d'intérêt ni défendre d'autres intérêts que ceux de (nom, nom de jeune fille et prénom du patient) .
.....
Fait le à **Nom et signature du mandaté**

TSVP →

IDENTIFICATION DU DOSSIER DEMANDE : (à compléter sauf si le demandeur est le patient lui-même)

Nom du patient
Prénoms
Nom de naissance
Date de naissance /__/__/__/__/__/__/__/ Lieu de naissance :

IDENTIFICATION DES ELEMENTS DEMANDES

- Intégralité du dossier
ou
 Compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation(s) et/ou de suivi(s) ambulatoire(s)
 Observations des professionnels (précisez si vous souhaitez que les observations médicales)
 Ordonnances médicamenteuses
 Résultat(s) d'examen biologique
 Autres pièces, précisez lesquelles :

AIDE A LA RECHERCHE DES ELEMENTS DEMANDES

Selon les éléments demandés précédemment et si informations connues, merci de préciser :
Date(s) d'hospitalisation(s) :
Période de prise en charge :
Service(s) concerné(s) :

MODALITE DE CONSULTATION SOUHAITEE

- Consultation du dossier sur place sur rendez-vous (gratuit)
 Je souhaite qu'un médecin soit présent ou disponible afin de répondre à mes questions
 Lors de cette consultation, je souhaite que les copies des éléments du dossier me soient remises (frais de reproduction à vos frais)

- Envoi postal à vous-même (frais de reproduction et frais postaux à votre charge)

- Envoi postal à un médecin désigné par vos soins (frais de reproduction et frais postaux à votre charge)

Nom et prénom du médecin désigné :

Adresse.....

Téléphone : /__/__/__/__/__/__/__/

Fait le à

Nom et signature du demandeur

Formulaire à retourner complété à :
*Directeur des Etablissements de Santé
Institut Camille Miret
46120 LEYME*

Nous vous informons :

- Que les informations médicales contenues dans ces documents peuvent nécessiter des explications. Le médecin pourra donc vous proposer que leur communication s'effectue avec des précautions particulières, en conformité avec ses obligations déontologiques.
- Que votre demande sera traitée selon les délais suivants : huit jours pour les dossiers datant de moins de 5 ans, deux mois pour les dossiers datant de plus de 5 ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.
- Que si vous souhaitez une reproduction des pièces du dossier, un devis vous sera communiqué avec la réponse du centre hospitalier concernant votre demande, après un délai de 48 heures. Les documents vous seront transmis dès la réception du chèque libellé à l'ordre du centre hospitalier
- **TARIFS**
- *Article L.1111-7 du code de la santé publique : « La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant l'envoi des documents ».*
- *Tarifs au 15 septembre 2010 (délibération n°2007/27 du Conseil d'Administration)
Photocopie (la copie).....0,20 € TTC
Si expédition postale, courrier sous pli recommandé avec contre remboursement selon les tarifs PTT en vigueur*