

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 Délégué 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 délégué 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 (en charge de la protection à la personne) :
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**

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

La première demande de dossier médical est gratuite, au-delà des frais de reproduction et d'envoi peuvent être appliqués

► Consultation du dossier sur place sur rendez-vous

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

► Remise en mains propres auprès de l'une des structures de soins du CH JP FALRET :

Précisez

.....

► Envoi postal à vous-même

► Envoi postal à un médecin désigné par vos soins

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 soins psychiatriques est saisie.

► La première demande de communication de votre dossier médical est gratuite (décision de la Cour de Justice de l'Union Européenne du 26/10/2023). Au-delà, un devis représentant les frais de reproduction et d'envoi vous sera communiqué. Les documents vous seront transmis dès la réception de votre règlement.

► *Tarifs au 01/01/2022*

Photocopie (la copie) 0,20 € TTC

Si expédition postale, courrier sous pli recommandé avec contre remboursement selon les tarifs postaux en vigueur