

**Formulaire complété et pièces  
justificatives à adresser à :**

Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier de Guéret  
39 Avenue de la Sénatorerie – BP 159  
23011 GUERET Cedex

**Nom et prénom du patient :**

**Date de naissance du patient :**

**Nom et prénom du demandeur :**

**Adresse du demandeur :**

**N° de téléphone du demandeur :**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT N°**

**PIECES JUSTIFICATIVES**

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant la santé de la personne prise en charge au CH de Guéret, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir les documents correspondant à votre qualité de demandeur.

<input type="checkbox"/> Vous êtes le patient	<input type="checkbox"/> Copie recto - verso d'une pièce d'identité en cours de validité
<input type="checkbox"/> Vous êtes un représentant légal du patient (parent / tuteur)	<input type="checkbox"/> Copie recto - verso d'une pièce d'identité en cours de validité <input type="checkbox"/> Copie d'un document attestant de l'exercice de l'autorité parentale ou de la tutelle (livret de famille / jugement / arrêt rendu)
<input type="checkbox"/> Vous êtes un ayant droit du patient décédé (lien de parenté)	<input type="checkbox"/> Copie recto - verso d'une pièce d'identité en cours de validité <input type="checkbox"/> Copie d'un document attestant de votre qualité d'ayant droit (certificat de décès + livret de famille / certificat d'hérédité / attestation dévolutive de succession)
<input type="checkbox"/> Vous êtes le mandataire du patient	<input type="checkbox"/> Copie recto - verso d'une pièce d'identité en cours de validité <input type="checkbox"/> Mandat express
<input type="checkbox"/> Vous êtes un médecin désigné par le patient	<input type="checkbox"/> Copie recto - verso d'une pièce d'identité en cours de validité <input type="checkbox"/> Copie de l'inscription à l'ordre des médecins <input type="checkbox"/> Courrier du patient le désignant

**NATURE DE LA DEMANDE**

Afin de répondre au mieux à vos besoins et de limiter les frais de copie, nous vous demandons de nous préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès ainsi que le motif si nécessaire.

<input type="checkbox"/> Intégralité des pièces du dossier	<b>⚠ Frais de photocopies et d'envoi à la charge du demandeur</b>	
<input type="checkbox"/> Séjour(s), services(s) ou consultation(s) concerné(s)	Date(s)	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
<input type="checkbox"/> Lettre de liaison (lettre de sortie)	<input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire	<input type="checkbox"/> Dossier de soins infirmiers
<input type="checkbox"/> Examen d'imagerie : radiologie	<input type="checkbox"/> Examen d'imagerie : scanner	<input type="checkbox"/> Examen d'imagerie : IRM
<input type="checkbox"/> Examens biologiques	<input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie	
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) : .....		

Si vous êtes ayant droit, l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique établit 3 motifs conditionnant l'accès au dossier :

<input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès
<input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt (préciser) : .....
<input type="checkbox"/> Faire valoir ses droits (préciser) : .....



## MODALITES DE TRANSMISSION

<input type="checkbox"/> Envoi postal (LR / AR) à mon domicile		
<input type="checkbox"/> Récupérer mes copies auprès du secrétariat du service de soins		
<input type="checkbox"/> Envoi postal (LR / AR) au médecin de mon choix (préciser) : .....		
.....		
<input type="checkbox"/> Consulter le dossier sur place (sauf patient décédé)	<input type="checkbox"/> Avec une présence médicale	<input type="checkbox"/> Sans présence médicale
Date de la demande :	Signature du demandeur :	

### CADRE RESERVE A LA DIRECTION

Date d'arrivée de la demande complète : .....	<input type="checkbox"/> Vérification des pièces transmises
Envoyé dans le service de : .....	En date du : .....
<input type="checkbox"/> Délai réglementaire de réponse : 8 jours ouvrés	Signature du directeur :
<input type="checkbox"/> Délai réglementaire de réponse : 2 mois	

### CADRE RESERVE AU SERVICE DE SOINS

*(Copie du formulaire renseigné à classer dans l'onglet administratif du DPU)*

AMA ayant traité la demande : .....		Médecin ayant extrait les informations : .....	
<input type="checkbox"/> Envoi postal (LR / AR)	Date de dépôt au vagemestre : .....		
	Nombre de copies : .....    Nombre de contre-types : .....    Nombre de CD d'imagerie : .....		
<input type="checkbox"/> Dossier remis en main propre	<input type="checkbox"/> Date de la remise : .....		
	<b>AMA</b> (ayant vérifié l'identité et remis le dossier) Nom, Prénom : ..... Signature : .....		<b>Demandeur</b> <input type="checkbox"/> copie de la pièce d'identité Nom, Prénom : ..... Signature : .....
	Nombre de copies : .....    Nombre de contre-types : .....    Nombre de CD d'imagerie : .....		
<input type="checkbox"/> Consultation sur place	<input type="checkbox"/> Date de la consultation: ..... <input type="checkbox"/> Recommandation de la présence d'une tierce personne. <input type="checkbox"/> Acceptation <input type="checkbox"/> Refus		
	<b>Médecin</b> Nom, Prénom : ..... Signature : .....	<b>AMA</b> Nom, Prénom : ..... Signature : .....	<b>Demandeur</b> <input type="checkbox"/> copie de la pièce d'identité Nom, Prénom : ..... Signature : .....
	Nombre de copies : .....    Nombre de contre-types : .....    Nombre de CD d'imagerie : .....		
<input type="checkbox"/> Autre suite donnée : .....		<input type="checkbox"/> Demande annulée par le demandeur	

### CADRE RESERVE A LA FACTURATION

Date preuve de dépôt : .....	Total facturé : .....
Coût des copies : .....	
Coût de l'envoi : .....	Date : .....