

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT

A retourner complété et accompagné des justificatifs nécessaires

Service de la Patientèle

03.44.21.70.08 (matin) - 03.44.21.71.10

Nos Réf. : CD/VG/LR

Madame, Monsieur,

Vous avez exprimé votre souhait de transmission d'informations médicales conservées au **G.H.P.S.O.** Votre demande se place dans le cadre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce formulaire et de le retourner, avec les pièces justificatives demandées, au Service de la Patientèle (Site de Senlis - Avenue Paul Rougé BP 121 60309 SENLIS cedex) ou par mail : service.patientele@ghpso.fr.

Le délai de communication est de 8 jours ouvrables (pour les informations datant de moins de 5 ans) ou de 2 mois (pour les informations datant de plus de 5 ans) à compter de la date de réception de la demande complète.

Nous vous rappelons le caractère strictement personnel des informations de santé qui vont vous être transmises et vous conseillons de prendre des précautions par rapport à leur usage, notamment lors d'éventuelles transmissions à des tiers.

Merci de nous préciser s'il s'agit de votre première demande d'accès au dossier médical :

☐ Première demande

☐ Dossier médical déjà demandé par le passé

❖ IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e), Mme, M.....

Né(e) le à :

Domicilié(e) à

N° de téléphone : Courriel :

❖ IDENTITE DU PATIENT (SI DIFFERENTE DU DEMANDEUR)

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Lien du demandeur avec le patient :

☐ Représentant légal

☐ Tuteur

☐ Mandataire

☐ Médecin intermédiaire

❖ PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Si vous êtes...	Pièces justificatives à fournir impérativement
Le patient	Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité.
Les titulaires de l'autorité parentale (père ou mère du mineur)	Photocopie recto verso de votre pièce d'identité + justificatifs de l'autorité parentale (<i>en cas de divorce ou séparation, une copie du jugement ou de l'arrêt rendu</i>).
Le tuteur	Photocopie recto verso de votre pièce d'identité + copie du jugement de tutelle
Le médecin désigné comme intermédiaire par le patient	Numéro d'inscription au conseil de l'ordre + consentement écrit du patient ou du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur.
Le mandataire désigné comme intermédiaire par le patient	Photocopie recto verso d'une pièce d'identité du demandeur + mandat exprès du patient ou du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur.

❖ MODE DE COMMUNICATION DU DOSSIER

- ☐ Consultation de documents sur place avec, le cas échéant, copie de documents
- ☐ Consultation de documents sur place avec accompagnement médical et, le cas échéant, copie de documents
- ☐ Copies de documents avec : ☐ remise sur place au G.H.P.S.O.
☐ envoi postal en recommandé à l'adresse suivante :

Les consultations sur place se font au secrétariat médical du service concerné par la demande (si votre demande concerne plusieurs services, cela sera le dernier service dans lequel un passage a eu lieu).

❖ PIECES DEMANDEES

Services d'hospitalisation ou de consultation concernés par la demande :	Date(s) :

Merci de nous préciser si votre demande concerne le : ☐ Site de Creil ☐ Site de Senlis

Nous sommes obligés, par la loi, de conserver les éléments originaux du dossier médical. Les frais de reprographie sont gratuits lors de votre première demande d'accès à votre dossier et payants pour les demandes suivantes.

Les tarifs appliqués sont de :

	Première demande	Demande(s) suivante(s) identique(s)
Copie	Gratuit	0,20€ la page photocopiée au format A4 et 0,40€ pour un format A3
Duplicata de film d'imagerie	Gratuit	5,50€ (hors impression sur papier standard)
Envoi postal en LRAR	7,50€ jusqu'à 6 copies, de 7 à 14 copies 8,50€, de 15 à 34 copies 9€50 et de 11€ de 35 à 60 pages.	

Le règlement vous sera demandé ultérieurement par le Trésor Public.

Par conséquent, afin de limiter le coût de reproduction des pièces de votre dossier, nous vous remercions de bien vouloir cocher la ou les case(s) des documents qui correspondent à votre demande :

- | | |
|--|--|
| ☐ Compte-rendu d'hospitalisation | ☐ Compte-rendu opératoire ou d'accouchement |
| ☐ Observations médicales | ☐ Dossier de soins infirmiers |
| ☐ Dossier d'anesthésie | ☐ Dossier transfusionnel |
| ☐ Résultats d'anapath | ☐ Examens de laboratoire (<i>analyses biologiques</i>) |
| ☐ Imagerie médicale
(radio, scanner, IRM, échographie...) | ☐ Autres examens : |
| ☐ Dossier complet | |

Je soussigné(e) certifie que les informations ci-dessus sont exactes et reconnaît avoir été informé(e) que les frais occasionnés par ma demande d'informations médicales seront à ma charge.

Date et signature, précédées de la mention « lu et approuvé » :

Seules les demandes de dossiers complètes pourront être traitées. Si des éléments sont manquants, nous vous les demanderons par courrier et votre demande sera alors traitée dès réception de ces éléments.

