GHPSO
GROUPE HOSPITALIER PUBLIC SUD DE L'OISE

Direction de la Patientèle
03.44.21.70.08 *(matin)*
03.44.21.71.10- 03.44.21.71.33

Senlis, le

M

Nos Réf. : KL/LT/CP/VG

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 et de son décret d'application n°2002-637 du 29 avril 2002.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce formulaire et de le retourner, avec les pièces justificatives demandées, à la Direction de la Patientèle *(Site de Senlis - Avenue Paul Rougé BP 121 60309 SENLIS cedex).*
Merci de nous préciser si votre demande concerne le : ❑ **Site de Creil** ❑ **Site de Senlis**

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.

Je soussigné(e), Mme, Melle, M.....

Né(é) le ..... à .....

Domicilié(e) à .....

.....

N° de téléphone : ..... Courriel : .....

Demande à avoir accès aux éléments du dossier médical de :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

❖ QUALITE DU DEMANDEUR

Lien avec le demandeur : ❑ Patient lui-même ❑ Représentant légal ❑ Tuteur ❑ Ayant droit ❑ Mandataire

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 d'une pièce d'identité + justificatifs de l'autorité parentale *(en cas de divorce ou séparation, une copie du jugement ou de l'arrêt rendu).*
Un des ayants droit du patient décédé	➲ **conjoint, enfant :** photocopie recto verso d'une pièce d'identité + du livret de famille ou acte de dévolution successorale délivré par le notaire. ➲ **petit enfant :** photocopie recto verso d'une pièce d'identité + du livret de famille du patient décédé + de votre livret de famille ou acte de dévolution successorale délivré par le notaire. ➲ **concubin, partenaire lié par un PACS :** photocopie recto verso d'une pièce d'identité + certificat de concubinage établi par la mairie ou attestation sur l'honneur rédigée par les 2 concubins ou en cas de PACS : attestation du greffe du Tribunal et acte de naissance intégral. ➲ **autre :** photocopie recto verso d'une pièce d'identité + acte de dévolution successorale délivré par le notaire.
Le tuteur	Photocopie recto verso d'une pièce d'identité + copie du jugement de tutelle.
Le mandataire désigné comme intermédiaire par le patient	Numéro d'inscription au conseil de l'ordre *(si médecin)* + photocopie recto verso d'une pièce d'identité du demandeur + consentement écrit du patient ou de ses ayants droit ou du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur.

❖ MODE D'ACCES AU 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 à l'adresse suivante : .....

.....

❖ PIECES DEMANDEES

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

Nous sommes obligés, par la loi, de conserver les éléments originaux du dossier médical. Vous ne pouvez donc obtenir que des copies, qui sont payantes.
Les tarifs de reproduction appliqués sont de :

- 0,18€ la page photocopiée au format A4 - noir et blanc (0,36€ pour un format A3) ;
- 5€ le duplicata de film d'imagerie (hors impression sur du papier standard) ;
- en cas d'envoi postal (qui sera effectué en recommandé avec accusé de réception) celui-ci sera facturé en fonction du nombre de copies envoyées : 5€ jusqu'à 20 copies, de 21 à 50 copies 10€ et à partir de 51 copies 15€.

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**
- ❑ **Observations médicales**
- ❑ **Dossier d'anesthésie**
- ❑ **Résultats d'anapath**
- ❑ **Imagerie médicale** *(radio, scanner, IRM, échographie…)*
- ❑ **Dossier complet**
- ❑ **Compte-rendu opératoire ou d'accouchement**
- ❑ **Dossier de soins infirmiers**
- ❑ **Dossier transfusionnel**
- ❑ **Examens de laboratoire** *(analyses biologiques)*
- ❑ **Autres examens :** .....

❖ CAS PARTICULIER : PATIENT DECEDE

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

Indiquez le motif pour lequel vous souhaitez obtenir les informations :

❑ Connaître les causes du décès du patient

ou ❑ Défendre la mémoire du défunt, ***pour quel motif :*** .....

ou ❑ Faire valoir vos droits, ***précisez lesquels :*** .....

Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 3 janvier 2007), seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus.

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 » :