

	<b>ENREGISTREMENT</b>	Ref : <b>GHT-EN-CRU-001</b>
	Famille : <b>COMMUNICATION ET RELATIONS AVEC LES USAGERS</b>	Version : <b>02</b>
	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER DU PATIENT</b>	Date d'application : 17/02/2020
		Pages : 1/4

**A adresser ou à déposer dûment complété à l'établissement souhaité. Les coordonnées des différents établissements sont notées ci-dessous**

Le délai maximum d'obtention d'informations sur un dossier est de 8 jours à compter de la demande pour des dossiers de moins de 5 ans et de 2 mois pour ceux de plus de 5 ans, bien que l'établissement essaie de satisfaire au plus vite votre demande.

En vertu de la loi 2002-403 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (articles L. 1111-7 et 8, R. 1111-1 à 8, R.1112-1 à 9 du code de santé publique) parue au journal officiel n°54 le 5 mars 2002, décret 2002-637 du 19 avril 2002.

### **I – IDENTITE DU DEMANDEUR**

Je soussigné(e)     *Monsieur*                       *Madame*

Nom de naissance.....Nom d'usage .....Prénom.....  
Date de naissance ...../...../.....  
Adresse :.....  
Code postal ..... Ville .....  
☎ ...../...../...../.....

#### ***Agissant en tant que :***

- Patient  
 Représentant légal : père – mère – tuteur (*barrez les mentions inutiles*) de :

Nom .....Prénom.....Date de naissance.....  
 Ayant droit de :  
Nom de naissance.....Nom d'usage .....Prénom.....  
Date de naissance...../...../.....Date du décès...../...../.....

#### ***Motif de la demande (obligatoire) :***

- Connaître les raisons du décès  
 Faire valoir mes droits (à préciser).....  
.....  
 Défendre la mémoire du patient (à préciser).....  
.....

### **II – DEMANDE DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS**

*Je demande la communication des éléments suivants :*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation        | <input type="checkbox"/> Correspondance entre médecins |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire               | <input type="checkbox"/> Compte-rendu de consultation  |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'examen                 | <input type="checkbox"/> Transmissions infirmières     |
| <input type="checkbox"/> Clichés radiographiques, scanner, IRM | <input type="checkbox"/> Biologie                      |
| <input type="checkbox"/> Fiche de liaison IDE                  | <input type="checkbox"/> Certificats                   |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....                         |  |

*Ces éléments correspondent à :*

Consultation dans le Service de .....En date du .....  
Hospitalisation dans le Service de .....En date du .....  
Autres (à préciser).....



<b>ENREGISTREMENT</b>	Ref : <b>GHT-EN-CRU-001</b>
Famille : <b>COMMUNICATION ET RELATIONS AVEC LES USAGERS</b>	Version : <b>02</b>
<b>FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER DU PATIENT</b>	Date d'application : 17/02/2020
	Pages : 2/4

**III – SELON LES MODALITES SUIVANTES**

- Envoi postal à mon domicile en recommandé avec accusé de réception
- Retrait sur place des copies par le patient, le représentant légal ou son mandataire
- Consultation sur place en présence d'un médecin de l'établissement avec demande éventuelle de copies
- Envoi à un médecin que je désigne :

.....  
.....  
.....

- Communication à une tierce personne (Nom de naissance - Nom d'usage - Prénom - Adresse) mandatée :

.....  
.....  
.....

**IV – DOCUMENTS A FOURNIR**

Le demandeur doit apporter la preuve de son identité afin de justifier son droit à consulter le dossier patient et produire les documents suivants, selon les cas (article 1 du décret n° 2002-637) :

Demandeur souhaitant consulter son propre dossier	Copie recto-verso d'une pièce d'identité
Demande émanant d'un ayant-droit	Copie recto-verso d'une pièce d'identité Copie du livret de famille ou certificat d'hérédité ou de notoriété Acte de décès si le patient est décédé hors de l'établissement
Demande émanant des titulaires de l'autorité parentale	Copie recto-verso d'une pièce d'identité Copie du livret de famille
Demande émanant d'un tuteur	Copie recto-verso d'une pièce d'identité Copie du jugement
Communication au mandataire	Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient et de la personne mandatée Autorisation écrite du patient précisant le motif (obligatoire)

**V – FRAIS DE REPROGRAPHIE ET D'ENVOI**

Les frais de reprographie et d'envoi des éléments demandés du dossier médical sont à la charge du demandeur (selon les tarifs) :

A4 noir et blanc : 0.18€ (la page)	A4 couleur : 0.20€ (la page)
A3 noir et blanc : 0.25€ (la page)	A3 couleur : 0.30€ (la page)
Reproduction radiographique : 4.70€	CD Rom : 2.75€
Frais postaux (envoi recommandé avec accusé de réception) : Tarifs en vigueur selon poids	

Ces frais feront l'objet d'une facturation adressée au demandeur.  
Tout coût de reproduction inférieur à 5€ n'est pas facturé.

Fait à .....le .....

Signature du demandeur

	<b>ENREGISTREMENT</b>	Ref : <b>GHT-EN-CRU-001</b>
	Famille : <b>COMMUNICATION ET RELATIONS AVEC LES USAGERS</b>	Version : <b>02</b>
	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER DU PATIENT</b>	Date d'application : 17/02/2020
		Pages : 3/4

**Coordonnées des établissements du GHT de la Nièvre**

**Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers**

**Secrétariat de Direction**

1, Avenue Patrick Guillot

BP 649

58033 NEVERS Cedex

☎ : 03.86.93.70.20

**Centre Hospitalier de Decize**

**Secrétariat de Direction**

BP20065

74, Route de Moulins

58302 DECIZE Cedex

☎ : 03.86.77.78.82

**Centre Hospitalier Pierre Lôo**

**Secrétariat de Direction**

51, Rue des Hôtelleries

BP 137

58405 LA CHARITE SUR LOIRE Cedex

☎ : 03.86.69.40.02

**Centre Hospitalier de Château Chinon**

**Secrétariat de Direction**

42 Rue Jean Marie Thévenin

58120 CHATEAU CHINON

☎ : 03.86.79.60.74

**Centre Hospitalier de Cosne Cours sur Loire**

**Secrétariat de Direction**

96 Rue du Maréchal Leclerc

BP 141

58026 COSNE COURS SUR LOIRE

☎ : 03.86.26.54.01

**Centre Hospitalier « Les Cygnes »**

**Secrétariat de Direction**

8 Rue du panorama

58140 LORMES

☎ : 03.86.22.30.00

**Centre Hospitalier Henri Dunant**

**Secrétariat de Direction**

29 Rue Henri Dunant

58405 LA CHARITE SUR LOIRE

☎ : 03.86.69.44.07

	<b>ENREGISTREMENT</b>	Ref : <b>GHT-EN-CRU-001</b>
	Famille : <b>COMMUNICATION ET RELATIONS AVEC LES USAGERS</b>	Version : <b>02</b>
	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER DU PATIENT</b>	Date d'application : 17/02/2020
		Pages : 4/4

**Centre de Soins Longue Durée**

5 Avenue hoche

58170 LUZY

☎ : 03.86.30.28.28