

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

Madame, Monsieur,

Vous désirez procéder à une demande d'accès à votre dossier médical ou à des éléments qui le composent conformément à la loi sur les droits des malades.

Pour cela merci de compléter le formulaire ci-joint accompagné des pièces justificatives. Sans ces documents la demande ne pourra être traitée.

Le formulaire complété et signé ainsi que les pièces justificatives doivent être adressées à :

*Direction générale du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de
l'Ariège
Département d'information médicale
BP 90064
09017 FOIX cedex.*

Si les données demandées datent de moins de 5 ans, le traitement de la demande s'effectuera dans les 8 jours à compter de la date de réception de la demande au Département de l'Information Médicale.

Si les données demandées datent de plus de 5 ans, le traitement de la demande dans les 2 mois à compter de la date de réception de la demande au Département de l'Information Médicale.

Il existe deux modalités pour l'accès au dossier (merci de cocher la case correspondant à votre choix ci-dessous)

☐ Votre dossier est transmis à votre médecin traitant

Nom du médecin traitant _____

Adresse _____

Code postal et commune : _____ / _____

N° de téléphone : _____

☐ Une copie du dossier ou uniquement des pièces demandées est adressé sous pli recommandé à votre domicile.

Nous vous informons que la duplication ainsi que l'envoi des éléments du dossier sont payantes et que certains dossiers peuvent comporter une centaine de pages.

Aussi, nous vous invitons à définir précisément votre besoin.

Nous restons à votre disposition pour vous aider dans votre démarche.

Le département d'information médicale

Tél. : 05 61 03 31 81

IMPORTANT

*La communication à des tiers des documents qui vous seront communiqués peut vous porter tort dans certains cas et être utile dans d'autres.
Les dossiers médicaux sont conservés selon les textes légaux en vigueur.*

CAS PARTICULIERS

*Il est souhaitable que les parents de mineurs ou les responsables d'incapables majeurs se fassent accompagner du patient (procédure particulière).
Pour les personnes décédées, seuls sont communicables aux ayants droits, sous réserve que le patient ne s'y soit pas opposé de son vivant, les documents leur permettant d'expliquer la cause du décès, de défendre leurs droits ou de sauvegarder la mémoire du défunt.*

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

LE PATIENT	SI LE DEMANDEUR N'EST PAS LE PATIENT
Nom : _____	Nom du demandeur : _____
Nom de naissance : _____	Prénom : _____
Prénom : _____	Adresse : _____ _____
Date de naissance : ____/____/____	Code postal et commune : _____
Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin	N° de téléphone : _____
Adresse : _____ _____	Lien de parenté avec le patient : ☐ le patient est mon enfant ☐ le patient est une personne sous ma tutelle ☐ autre : préciser.....
Code postal et commune : _____/_____	
N° de téléphone : _____	

PERIODE D'HOSPITALISATION CONCERNÉE
☐ du ____/____/____ au ____/____/____

MOTIF DE LA DEMANDE :
☐ Facultatif si la demande est formulée par le patient lui-même.
☐ Obligatoire si la demande est formulée par les ayants droits pour un patient décédé

Madame, Monsieur,

Je vous prie de bien vouloir me communiquer le dossier médical selon les modalités définies ci-dessus.

A

le

Signature du demandeur

FORMULAIRE A ADRESSER A :

Direction générale Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège
Département d'information médicale - BP 90064 - 09017 FOIX cedex
Tel : 05 61 03 31 81

PIECES A FOURNIR :

A envoyer par courrier ou par mail : communicationdossierpatient@chi-val-ariège.fr
Photocopie de la carte d'identité du patient et / ou du demandeur,
Un certificat de domicile du demandeur (facture EDF par exemple),
Pour les mineurs et les personnes décédées : photocopie du livret de
famille, Pour les incapables majeurs : jugement de tutelle.