HÔPITAUX DU NORD-GIRONDE

Centre Hospitalier Libourne

FORMULAIRE D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT

Imprimé à retourner rempli et signé

- soit par courrier au service des relations avec les usagers
Centre Hospitalier de Libourne - 112, rue de la Marne, 33505 LIBOURNE
- soit par mail à marika.escuredo-rigal@ch-libourne.fr

IDENTITÉ DU DEMANDEUR :

Nom : ..... Prénom(s) .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance : .....

N° Téléphone (domicile et/ou portable) : |_____|_____|_____|_____|_____|

Adresse e-mail : .....

Adresse complète (N° de porte, appartement, étage) : .....

.....

MODALITÉ DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT : (ne cocher qu'une seule modalité)

☐ **Consultation sur place**

- Avec accompagnement médical : ☐ Oui ☐ Non
- En présence d'une tierce personne de votre choix : ☐ Oui ☐ Non
- En présence de votre personne de confiance : ☐ Oui ☐ Non

☐ **Envoi à mon domicile**

Le dossier vous parviendra sous enveloppe sécurisée : Lettre Recommandée avec Accusé de Réception (L.R.A.R.)

☐ **Envoi au médecin traitant déclaré**

Nom et adresse : .....

.....

☐ **Retrait sur place sans accompagnement médical**

1) Vous souhaitez accéder à des dossiers médicaux :

Eléments demandés :

☐ Compte rendu d'hospitalisation ☐ Compte rendu opératoire ☐ Compte rendu de consultation
☐ Dossier de soins paramédical
☐ Résultats d'examens (précisez) : .....
☐ Dossier d'anesthésie
☐ Imagerie médicale : ☐ Compte rendu ☐ CD Rom
☐ Intégralité du dossier

Service(s) concerné(s) : .....

.....

.....

Période(s) concernée(s) : .....

.....

.....

2) Je suis ayant droit et je souhaite accéder au dossier médical d'une personne décédée :

N'oubliez pas de joindre les pièces justifiant de votre qualité (voir annexe)

IDENTITÉ DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE :

Nom : ..... Prénom(s) .....
Nom de naissance : .....
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance : .....
Date du décés: |_|_|_|_|_|_|_|_|

QUALITÉ DU DEMANDEUR (cf. Arrêté du 03/01/2007-NOR : SANP0720101A) :

☐ Concubin
☐ Conjoint survivant (non-divorcé au jour du décès)
☐ Ascendants (père, mère,…)
☐ Autres (à préciser) : .....
☐ Partenaire lié par un PACS jusqu'au jour du décés
☐ Descendants (enfants,…)
☐ Collatéraux privilégiés (frère, soeur,…)

OBJECTIF POURSUIVI : (art. L.1110-4 du Code de la Santé Publique)

Veuillez cocher un des objectifs poursuivis et en détailler le motif :

☐ Connaître les causes du décès
☐ Défendre la mémoire du défunt : .....
☐ Faire valoir un droit (droit à assurance, droit successoral…) : .....

En fonction de l'objectif que vous poursuivez, vous aurez accès aux seules informations répondant à cet objectif.

Attention : Depuis l'entrée en vigueur des dispositions réglementaires issues de la Loi du 26 janvier 2016, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant (à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention du consentement parental).

Souhaitez-vous bénéficier de cette disposition : ☐ Oui ☐ Non

3) Je souhaite accéder au dossier d'une PERSONNE MINEURE ou MAJEURE PROTÉGÉE :

N'oubliez pas de joindre les pièces justifiant de votre qualité (voir annexe)

IDENTITÉ DU PATIENT :

Nom : ..... Prénom(s) .....
Nom de naissance : .....
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance : .....
N° Téléphone (domicile et/ou portable) : |_|_|_|_|_|
Adresse : .....
.....

QUALITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL DEMANDEUR :

☐ Titulaire de l'autorité parentale
☐ Tuteur
☐ Délégataire de l'autorité parentale
☐ Autres : .....

Attention : Dans l'hypothèse où le patient aurait informé l'établissement – de son vivant – de son intention de ne pas communiquer d'informations médicales à compter de son décès, la Direction vous informera des limitations et impossibilités de communiquer les informations sollicitées.

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle .....
Certifie sur l'honneur l'exactitude et la véracité des informations complétées ci-dessus, de sorte que celles-ci ne pourront pas être remises en cause par un tiers ou par toute autre autorité compétente et à, défaut engageront la responsabilité du signataire,
La première demande est gratuite. Si je renouvelle ma demande, j'accepte d'assurer la prise en charge des frais de reproduction et – si nécessaire – des frais postaux (L.R.A.R).

Nous vous rappelons que toute reproduction vous sera facturée (0.18 centimes la copie papier A4, 2.75€ le CD-Rom ainsi que les frais d'envoi postal)

Par la présente signature, vous acceptez que la copie des pièces médicales ou de l'intégralité du dossier médical fasse l'objet d'une remise ou d'un envoi postal.

Au surplus, les pièces médicales ne pourront pas être communiquées tant que la demande sera considérée comme incomplète par le CH de Libourne.

Date ..... Signature :

ANNEXE : PIÈCES JUSTIFICATIVES :

En vue de la communication des informations contenues au sein d'un dossier médical, il convient de justifier votre qualité en produisant les pièces suivantes :

Vous êtes :

➔ Titulaire du dossier médical

• Copie recto-verso de votre carte nationale d'identité en cours de validité,

Ou • Copie de la page de votre passeport en cours de validité et faisant mention de votre état civil.

➔ Concubin :

• Copie recto-verso de votre carte nationale d'identité en cours de validité,

Ou Copie de la page de votre passeport en cours de validité et faisant mention de votre état civil.

• Copie d'une facture datant de moins de 2 mois (avant le décès) comportant les deux noms et l'adresse de vie commune,

• Copie recto-verso de la carte nationale d'identité du concubin décédé mentionnant l'adresse de vie commune ou de tout autre pièce administrative ou d'état civil attestant de l'existence d'une adresse de vie commune,

Ou Copie du certificat de concubinage.

➔ Conjoint survivant :

• Copie de l'acte de naissance faisant état de l'union matrimoniale (la date de ce document doit être concomitante avec celle du décès du conjoint),

• Copie du livret de famille faisant mention de l'union matrimoniale (si vous en êtes en possession),

• Copie de tout acte civil ou notarié faisant mention du maintien des liens du mariage avant le décès de votre conjoint,

• Copie du certificat de décès,

• Copie recto-verso de votre carte nationale d'identité en cours de validité,

Ou Copie de la page de votre passeport en cours de validité et faisant mention de votre état civil.

• Et toute autre pièce justificative : certificat d'hérédité, acte notarié.

Ou Copie de la page de votre passeport en cours de validité et faisant mention de votre état civil.

➔ Pacsé(e) :

• Copie de la mention portée en marge des registres d'état civil,

Ou Copie de l'acte de naissance faisant état du P.A.C.S,

Ou Copie de l'acte notarié attestant du P.A.C.S (dans cette hypothèse, il vous sera demandé en complément un acte de naissance témoignant de l'inscription du P.A.C.S).

La date de ces trois documents doit être concomitante avec celle du décès du partenaire de P.A.C.S.

• Copie recto-verso de votre carte nationale d'identité en cours de validité,

Ou Copie de la page de votre passeport en cours de validité et faisant mention de votre état civil.

➔ Ascendant (père, mère...) ou Descendant (enfants...) :

Copie du livret de famille attestant de votre qualité d'ayant-droit (ascendant / descendant),

• Copie de l'acte de naissance faisant mention de votre qualité de descendant / ascendant,

• Copie recto-verso de votre carte nationale d'identité en cours de validité,

Ou Copie de la page de votre passeport en cours de validité et faisant mention de votre état civil.

• Copie du certificat de décès,

• Et toute autre pièce justificative : certificat d'hérédité, acte notarié.

➔ Collatéraux (frères, sœurs) :

• Copie du livret de famille faisant mention des liens fraternels,

• Copie du certificat de décès,

• Copie recto-verso de votre carte nationale d'identité en cours de validité,

Ou Copie de la page de votre passeport en cours de validité et faisant mention de votre état civil.

• Et toute autre pièce justificative : certificat d'hérédité, acte notarié.

➔ TSVP

➔ Titulaires de l'autorité parentale :

• Copie du livret de famille,

• Copie recto-verso de votre carte nationale d'identité en cours de validité,

Ou Copie de la page de votre passeport en cours de validité et faisant mention de votre état civil.

Et Copie recto-verso de la carte nationale d'identité de l'enfant en cours de validité,

Ou Copie de la page de son passeport en cours de validité et faisant mention de votre état civil.

• En cas de jugement du Juge aux Affaires Familiales venant modifier l'exercice de l'autorité parentale (ex : divorce, droit de visite, droit de garde, mesures spécifiques…) : copie de la page du jugement ou de l'ordonnance vous octroyant la titularité de l'autorité parentale sur l'enfant.

➔ Tuteur :

• Copie du jugement ou de l'ordonnance du Juge des Tutelles venant confier la mesure de tutelle à une association tutélaire, un délégué à la protection des majeurs ou à un tuteur familial,

• Copie du pouvoir justifiant votre capacité à solliciter la communication des éléments médicaux de l'enfant,

• Copie recto-verso de la carte nationale d'identité du délégué à la protection des majeurs ou du tuteur familial désigné au sein du jugement ou de l'ordonnance

➔ Délégataires de l'autorité parentale :

• Copie du jugement ou de l'ordonnance du Juge aux Affaires Familiales venant déléguer l'exercice de l'autorité parentale à un tiers ou à une autorité compétente nommément désigné

• Copie du pouvoir justifiant votre capacité à solliciter la communication des éléments médicaux de l'enfant.

• Carte d'identité du détenteur de l'autorité parentale.

➔ Protection des données personnelles :

Dans le cadre de ses activités (demande d'accès à un dossier médical, traitement des questionnaires de sortie, des réquisitions, des plaintes et des réclamations), la Direction des Relations avec les Usagers (DRU), sera amenée à traiter vos données administratives et vos données de santé, en lien avec les professionnels des services des soins dans lesquels vous avez été pris en charge et le cas échéant avec notre assureur. Pour obtenir des renseignements concernant le traitement de vos données personnelles et/ou pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des données du Centre Hospitalier en précisant vos Nom, prénom, date de naissance, adresse (mail ou postale), numéro de téléphone et en joignant une copie de votre pièce d'identité à votre demande.

Coordonnées : protection.donnees@ch-libourne.fr ou Centre Hospitalier de Libourne ; 112 rue de la Marne ; 33500 Libourne