FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

A **retourner, accompagné des justificatifs à l'adresse :**

Centre Hospitalier de Valence, Cellule de Gestion des Dossiers Médicaux
179 Boulevard Maréchal Juin, 26953 VALENCE cedex 9-
Secrétariat : 04-75-75-72-04
Ou par mail : secdossiermed@ch-valence.fr

IDENTITE DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : ☐ Patient ☐ Représentant légal ☐ Tuteur ☐ Mandataire

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance : ……Nom d'usage : ……..

Prénom : ……Date de naissance : ……

Adresse : ……

Tél : Domicile :……..Mobile : ……..

Courriel :…….....

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance : ……Nom d'usage : ……..

Prénom : ……Date de naissance : ……

Lien avec le patient : ……....

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES

- Une copie recto-verso d'un justificatif d'identité du demandeur, en cours de validité.
- Une copie d'un justificatif de domicile du demandeur + attestation de l'hébergeant si noms différents.

Pour le patient (si demandeur pour lui-même) :	Seulement les justificatifs énoncés ci-dessus.
Pour le représentant légal :	**Ajouter** une copie du livret de famille (extrait des pages parents et enfants) **OU** Un justificatif attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale (jugement ou arrêt rendu).
Pour le tuteur :	**Ajouter** une copie du jugement de tutelle.
Pour le mandataire :	**Ajouter** une procuration rédigée par le patient.

MOTIF DE LA DEMANDE

Patient :	……..
Représentant légal, tuteur ou mandataire :	…….

LES ELEMENTS DU DOSSIER DEMANDES (à cocher)

Date du ou des séjours :	**Service(s) concerné(s) :**	
		☐ Compte-rendu d'hospitalisation ☐ Compte-rendu opératoire ☐ Compte-rendu de consultation ☐ Dossier de soins infirmiers ☐ Dossier d'anesthésie ☐ Ordonnances ☐ Courriers échangés entre professionnels de santé ☐ Résultats d'examens (précisez) : …… ☐ Imagerie médicale (précisez) : ☐ compte-rendu ☐ réédition des imageries sur CD-ROM ☐ Autres pièces (précisez) : ……..……

OU : ☐ **Intégralité du dossier.**

MODALITES DE COMMUNICATION

Délai :

Les dossiers de moins de 5 ans sont communicables dans un délai de 8 jours après un délai de réflexion obligatoire de 48h, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Toute réédition de documents déjà communiqués fera l'objet d'une facturation selon les modalités ci-dessous :

Coût par page copiée : 0.30 euros la page
Copie d'un CD d'imagerie : 1,60 euro

\+ Frais de port pour un envoi en recommandé avec accusé de réception (tarif en vigueur au moment de l'envoi).

Modalités d'envoi :

☐ Je souhaite l'envoi postal à mon domicile.

☐ Je souhaite que la copie des documents soit adressée au médecin suivant :

Nom du médecin : ……
Adresse : ……

☐ Je souhaite consulter le dossier sur place :
Un rendez-vous auprès du médecin référent du Centre Hospitalier de Valence me sera proposé.
Si vous souhaitez rencontrer un autre médecin que celui qui vous a pris en charge, nous vous proposons de rencontrer le médecin médiateur. Dans tous les cas, un agent hospitalier sera présent lors de cette consultation sur place.

Attention ! *La transmission de données médicales personnelles à un tiers peut vous être préjudiciable et appelle donc à une grande vigilance de votre part. Toute tentative de reproduction frauduleuse est punie par la loi.*

Date : **Signature** *(manuscrite obligatoire)* **:**