



IMPRIME

Demande d'accès au dossier médical d'un patient mineur ou majeur sous tutelle

Diffusion par :
PACQ - DUSPPI

Processus : MGT-CHU-Gestion des droits et relations usagers\Gérer les demandes de dossier patient

**IMPRIMÉ à RETOURNER par le DEMANDEUR à l'adresse suivante :
Secrétariat médical central – Communication du dossier patient
Hôpital Nord Laënnec, 44093 Nantes Cedex 1**

IDENTITÉ DU DEMANDEUR ①

PATIENT MINEUR

NOM DU PERE ② :	NOM DE LA MERE ② :
PRENOMS :	PRENOMS :
ADRESSE :	ADRESSE :
.....
CODE POSTAL :	CODE POSTAL :
VILLE :	VILLE :
TELEPHONE :	TELEPHONE :
E-MAIL :	E-MAIL :

PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE

NOM DU TUTEUR ③ :	ADRESSE :
PRENOMS :
	CODE POSTAL :
	VILLE :

IDENTITÉ DU PATIENT

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE:

.....

CODE POSTAL : VILLE :

Cadre réservé à l'administration

N° IPP :

- ① - Joindre copie de la carte d'identité, passeport ou permis de conduire.
- ② - Joindre copie du livret de famille.
- ③ - Joindre copie du jugement de tutelle.

Conformément à la loi française (article 27 de la Loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données que nous pourrions être amenés à recueillir. Pour exercer ce droit adressez-vous à : **CHU de Nantes - direction des usagers, des risques et de la qualité - 5 allée de l'Île Gloriette – 44093 Nantes cedex 1.**

S E R V I C E S D E S O I N S F R E Q U E N T E S

DESIGNATION DES SERVICES	P E R I O D E S					
	D U			A U		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année

D E S I G N A T I O N D E S P I E C E S D U D O S S I E R P A T I E N T S O U H A I T E E S

<input type="checkbox"/> Comptes rendus de consultation <input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Comptes rendus opératoire <input type="checkbox"/> Comptes rendus examens complémentaires (biologie, radio ...) <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie <input type="checkbox"/> Copies des imageries (radio, IRM, scanners ...)	<input type="checkbox"/> Autres pièces :
--	---

M O D A L I T É S D E C O M M U N I C A T I O N

Viendra chercher sur place [®]

Par envoi d'une copie [®] :

à moi-même OU à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées)

Nom, prénoms du médecin désigné :

Code postal : Ville :

Par communication sur place [®] dans le service de prise en charge sur rendez-vous

Serez-vous accompagné d'un tiers : OUI NON

En cas d'hospitalisation en psychiatrie, la consultation des informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin. Préciser les nom, prénoms et adresse du médecin que vous désignez :

.....

.....

A noter que le refus de transmission directe au patient entraîne la saisine de la commission départementale des soins psychiatriques. Son avis s'impose.

Fait à Le : Signature :

- ④ - Si les pièces ne sont pas retirées dans notre service dans un délai d'un mois après notre appel, elles vous seront envoyées à l'adresse indiquée en première page, par courrier en recommandé avec accusé de réception et facture.
- ⑤- Envoi des copies par lettre recommandée et facturées au demandeur selon le tarif ci-annexé.
- ⑥- Aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier en recommandé avec accusé de réception et facture.

FRAIS DE FACTURATION DE LA COMMUNICATION DE PIÈCES DU DOSSIER PATIENT (CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

(Volet destiné à la Direction des affaires financières – Copie à communiquer par le secrétariat médical central au demandeur)

Nombre de copies

Nombre de pages non facturables _____

Nombre de pages facturables _____

Prix de la reproduction _____ X 0,18 €

Total A €

Cédérom

Reproduction de cédérom _____ X 2,75 €

Non Facturable **Total B** €

Photographies / Planches

_____ X 1,85 €
Total C €

Mise à disposition des éléments du dossier

- Remise gracieuse Remise en mains propres Non facturable
 Révision du coût (Accord DUSPPI) Restitution imagerie personnelle Envoi en colissimo

Poids de l'envoi _____ Grammes

Total D €

Nom et prénom du patient :
.....
Date de naissance :
Nom et prénom du demandeur :
.....
Adresse :
.....

Total A, B, C, D €

Date de communication :
Service :
Code UF :