



IMPRIME

Demande d'accès au dossier médical par un patient majeur

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**

IDENTITE DU DEMANDEUR (PATIENT) ①

| | |
|---------------------------------------|---------------------|
| NOM DE FAMILLE : | ADRESSE: |
| NOM DE JEUNE FILLE : | |
| PRENOMS : | |
| DATE DE NAISSANCE :/...../..... | |
| TELEPHONE : | CODE POSTAL : |
| E-MAIL : | VILLE : |

Cadre réservé à l'administration

N° IPP :

SERVICES DE SOINS FREQUENTES

Merci de compléter ces éléments facilitant le traitement de votre demande

| DESIGNATION DES SERVICES | PERIODES | | | | | |
|--------------------------|----------|------|-------|------|------|-------|
| | DU | | | AU | | |
| | Jour | Mois | Année | Jour | Mois | Année |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

① - Joindre copie de la carte d'identité, du passeport ou du permis de conduire.

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 services aux patients et des partenariats innovants - 5 allée de l'Île Gloriette – 44093 Nantes cedex 1.**

MODALITES DE COMMUNICATION

Viendra chercher sur place ^②

Par envoi d'une copie ^③ :

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

Nom, prénoms et adresse du médecin :

.....

Code Postal : Ville :

Par communication sur place ^④ 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. Dans ce cas, préciser les coordonnées, nom et prénoms 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.

DESIGNATION DES PIECES DU DOSSIER PATIENT SOUHAITEES

- Comptes rendus de consultation
- Comptes rendus d'hospitalisation
- Comptes rendus opératoire
- Comptes rendus examens complémentaires (biologie, radio ...)
- Dossier d'anesthésie
- Copies des imageries (radio, IRM, scanners ...)

Autres pièces :

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

Fait à : le : Signature :

②- 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.

③- Envoi des copies par lettre recommandée et facturées au demandeur selon le tarif ci-annexé.

④- Aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier en recommandé avec accusé de réception et facture.

DECISION DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER DE PATIENT MAJEUR (CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION)

<5 ans > 5 ans

Pièces fournies : Carte Nationale d'Identité Permis de conduire Passeport

Date de réception du dossier médical :

| | | | |
|-------------------|-----------|-------------------|-----------|
|/...../..... | service : |/...../..... | service : |
|/...../..... | service : |/...../..... | service : |
|/...../..... | service : |/...../..... | service : |
|/...../..... | service : |/...../..... | service : |
|/...../..... | service : |/...../..... | service : |
|/...../..... | service : |/...../..... | service : |

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

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Remise gracieuse | <input type="checkbox"/> Remise en mains propres | <input type="checkbox"/> Non facturable |
| <input type="checkbox"/> Révision du coût (Accord DUSPPI) | <input type="checkbox"/> Restitution imagerie personnelle | <input type="checkbox"/> Envoi en colissimo |

Poids de l'envoi _____ Grammes **Total D** €

Total A, B, C, D €

Nom et prénom du patient :
.....

Date de naissance :

Adresse :
.....
.....
.....

Date de communication :

Service :

Code UF :