Mise à jour le 11/04/2025

Centre Hospitalier CHARLES PERRENS BORDEAUX	**FORMULAIRE** **Demande d'accès à des documents médicaux par un professionnel de santé extérieur au CH Charles Perrens avec accord du patient ou de son représentant légal**	Cadre réservé à l'administration : Reçu le **Direction des Usagers, de la Qualité, et de la Gestion des Risques**

PROFESSIONNEL DE SANTE DEMANDEUR :

Numéro RPPS / ADELI : _____

Adresse du lieu d'exercice/établissement : _____

_____

Date et Signature du professionnel de santé demandeur avec son Tampon :

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LES SOINS :

☐ Mme ☐ M.(1) NOM : _____ NOM de naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

AUTORISATION DU PATIENT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL(2) :

Je soussigné(e) :

NOM : _____ Prénom : _____

Autorise le professionnel de santé :

Docteur / Mr ou Mme : _____

A recevoir les informations **demandées du dossier patient au Centre Hospitalier Charles Perrens de** Bordeaux.

Date et signature du patient(e) ou de son représentant(2) :

DEMANDE DE COPIE (Lettre de Liaison ou dossier complet) :

Dans le cas ou votre demande concerne des séjours en particulier, merci de préciser les dates de venues :

_____

MODALITES DE TRANSMISSION (3) :

- Par fax :

_____

- Par mail sécurisé homologué (selon le code de la santé publique : Mssanté, Mailiz, Lifen, Apricrypt) :

_____

- Par courrier postal AR :

_____

_____

Pièces et Justificatifs à fournir :

☐ Copie recto-verso de la carte d'identité, carte de séjour ou passeport valide
☐ Si personne SDF ou en centre pénitentiaire le Bulletin de situation ou d'hospitalisation
☐ Impossibilité d'obtenir l'accord du patient, joindre certificat médical circonstancié

En plus, dans l'hypothèse où l'accord est formulé par un représentant légal du patient, vous devrez nous communiquer les justificatifs suivants :

Représentant légal	Justificatifs supplémentaires
Le titulaire de l'autorité parental	- la copie intégrale du livret de famille (parents + enfants) ou acte de naissance - carte d'identité recto-verso du titulaire de l'autorité parentale demandeur valide
Le tuteur	- l'ordonnance intégrale du juge des contentieux de la protection comportant la mention d'une charge portant sur la personne - carte d'identité recto-verso du tuteur valide
L'habilité familial	- l'ordonnance du juge des contentieux de la protection, comportant la mention d'une représentation générale ou portant sur la personne - carte d'identité recto-verso de l'habilité familial valide
Le mandataire de protection future	- la preuve d'un mandat activité avec mention d'un rôle de représentant portant sur la personne - carte d'identité recto-verso du mandataire valide

Nous contacter :

Par courrier
Monsieur Le Directeur
Centre Hospitalier Charles Perrens
Service Usagers-Archives
121 rue de la Béchade
CS 81285
33076 BORDEAUX CEDEX

Par téléphone ou mail **Service Usagers-Archives :**
Tél : *05.33.57.80.03*
Mail : *dossier.medical@ch-perrens.fr*

(1) Cochez la case correspondante
(2) Seule une personne autorisée légalement peut accéder au dossier médical d'une autre personne. Il s'agit exclusivement du titulaire de l'autorité parentale pour un patient mineur, du tuteur.
(3) un seul choix possible