

 <p>BORDEAUX Centre Hospitalier Charles Perrens</p>	<p>FORMULAIRE</p> <p>Demande d'accès à des documents médicaux</p> <p>par le patient lui-même</p> <p>ou par un représentant légal (parent, tuteur, mandataire)</p>	<p><u>Cadre réservé à l'administration :</u></p> <p>reçu le : Direction des Usagers, de la Qualité, et de la Gestion des Risques <i>Service Usagers-Archives</i> Tél : 05.33.57.80.03 Mail : dossier.medical@ch-perrens.fr</p>
--	---	---

Je soussigné(e) M. / Mme (*nom, prénom, pour les femmes mariées préciser le nom de naissance*) :

NOM _____ Nom de naissance : _____

Prénom _____

Né(e) le _____ A : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Email : _____

Qualité* :

- Patient
 Représentant légal (père, mère, tuteur)**
 Mandataire**

Si représentant légal ou mandataire, demande l'accès au dossier médical de (*préciser le nom, nom de naissance et le prénom de la personne soignée*) :

Né(e) le _____ A : _____

Ma demande concerne les venues du (dates) :

- Je souhaite : consulter sur place les documents médicaux
 obtenir par voie postale la copie des documents médicaux

En cas de consultation sur place, le secrétariat organisera un rendez-vous pour la consultation***.

En cas de demande de copie de pièces :

Je souhaite obtenir ****:

- La lettre de liaison** : il s'agit du compte-rendu de mon hospitalisation qui précise notamment les dates de séjour et le motif de l'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les traitements prescrits à la sortie et les suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières.
- Les pièces détaillées de mon dossier** : la lettre de liaison, bilans complémentaires, courriers de liaison des professionnels, ordonnance de sortie.
- le dossier complet comprenant l'ensemble des pièces** (pièces détaillées ci-dessus + éventuelles observations du personnel infirmier et autres professionnels de santé)

Ces documents doivent être adressés **** :

à mon domicile

à l'adresse suivante :

Je reconnais, Nom _____ Prénom _____

accepter le principe du règlement pour la duplication des pièces et les éventuels frais d'envois postaux en recommandé.

Date et Signature :

* *Cochez la case correspondante*

** *Seule une personne autorisée légalement peut accéder au dossier médical d'une autre personne. Il s'agit exclusivement des parents d'un patient mineur, du tuteur ou d'une personne expressément mandatée par le patient.*

*** *RDV à prendre avec le secrétariat du service des usagers au 05 56 56 34 88, une pièce d'identité valide sera demandée lors du rendez-vous*

**** *un seul choix possible*

PIÈCES ET JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Copie recto-verso de la carte d'identité valide

Justificatif d'adresse de moins de 3 mois, si l'adresse postale est différente de celle figurant sur votre pièce d'identité

En plus, dans l'hypothèse où vous formulez une demande en tant que représentant légal ou en tant que mandataire pour le compte du patient, vous devrez nous communiquer les justificatifs suivants :

Demandeur	Justificatifs supplémentaires
Le titulaire de l'autorité parentale	- 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 - en cas de divorce ou séparation du parent, décision de justice définissant la situation juridique des parents
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
Le tiers désigné par le patient	- Mandat exprès signé par le patient - carte d'identité recto-verso du tiers désigné valide

La demande doit être adressée par courrier ou par mail à l'adresse suivante :

Monsieur Le Directeur
Centre Hospitalier Charles Perrens
Service Usagers-Archives
121 rue de la Béchade
cs 81285
33076 BORDEAUX CEDEX
Mail : dossier.medical@ch-perrens.fr

(Les documents non lisibles ne seront pas traités. Aussi merci de privilégier des documents scannés, en format pdf, orientation portrait et pouvant être lus directement sur écran, sans devoir les imprimer. Un document différent par pièce justificative jointe. Merci de votre compréhension)