Nom du patient :

Nom du demandeur :

Adresse :

n° de téléphone :

**FORMULAIRE De demande de dossier medical**

**par leS ayants droits**

**1. Motif de la demande**

*Vous disposez, en qualité d'ayant droit, et hors du cas d’un refus exprimé de son vivant par le patient, d’un accès aux seules pièces du dossier nécessaires à faire valoir vos droits, connaître les causes de la mort ou défendre la mémoire du défunt.*

🞎Connaître les causes de la mort

🞎Défendre la mémoire du défunt

🞎Faire valoir mes droits

Détaillez votre demande : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. Pièces justificatives**

*Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant la santé de la personne prise en charge au centre hospitalier, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir les documents cochés.*

⌧ Photocopie recto-verso d’une pièce d’identité en cours de validité vous concernant

⌧Photocopie - du livret de famille pour les enfants ou le conjoint

**ou** - d’un certificat d’hérédité

**ou** - d’un document notarié attestant de votre qualité d’Ayant Droit

**ou** - du PACS

**ou** - d’un certificat de vie commune, de concubinage délivré en mairie ou tout autre

moyen (bail commun, attestation sur l’honneur des deux concubins…)

**3. Modalité de consultation souhaitée**

*Plusieurs modalités de consultation des pièces du dossier peuvent vous être proposées.*

🞎Consultation sur place des pièces du dossier sur rendez-vous

Dans ce cas, souhaitez-vous la présence d’un médecin ? 🔿 OUI 🔿NON

*Dans l’affirmative, nous vous proposerons une date de rendez-vous, en présence d’un médecin désigné par l’établissement qui pourra répondre à vos questions éventuelles. Si vous désirez des copies des documents qui vous seront présentés, elles vous seront facturées aux tarifs qui vous ont été communiqués précédemment*

🞎Envoi postal d’une copie du dossier ou de pièces particulières à un médecin désigné par vos soins : Si oui, veuillez préciser le nom et l’adresse de ce médecin :

🞎Envoi postal d’une copie du dossier ou de pièces particulières à vous-même

🞎Retrait du dossier au Bureau des Sorties du Centre Hospitalier

T.S.V.P. …/

**4. Nature de la demande**

*Afin de mieux répondre à vos besoins et de limiter d’éventuels frais de copie, nous vous demandons de nous préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès.*

🞎**Ensemble des pièces autorisées par la loi et correspondant au motif de votre demande.**

**OU**

🞎**Partie du dossier correspondant à une hospitalisation ou une consultation particulière en adéquation avec le motif de votre demande.**

- veuillez préciser le séjour concerné (date d’entrée, de sortie, nom du service concerné) : ................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………

- et les pièces particulières du dossier souhaitées :

* + - Lettre de sortie
    - Compte-rendu d’hospitalisation
    - Prescriptions établies lors de la consultation ou à la sortie
    - Compte-rendu opératoire
    - Examens d’imagerie

🔿 Radiographies

🔿 Scanners

🔿 IRM

* + - Examens biologiques
    - Dossier d’anesthésie
    - Dossier de soins infirmiers
    - Autres, précisez : ……………

**Formulaire à retourner à :**

***Monsieur le Directeur***

***Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité***

***Rue du Docteur Schweitzer***

**Formulaire à retourner à :**

***Monsieur le Directeur du Site Saint Louis***

***Rue du Docteur Schweitzer***

***17019 LA ROCHELLE CEDEX 01***

***17019 LA ROCHELLE CEDEX 01***

**Confidentialité des informations contenues dans le dossier médical** :

Les informations contenues dans le dossier médical sont strictement confidentielles. Vous devez être

attentif à ne pas les communiquer à une personne qui n’est pas autorisée à en prendre connaissance.

**Formulaire à retourner complété et accompagné des pièces justificatives au :**

***Directeur des Droits, des Usagers et de la Qualité***

***Rue du Docteur Schweitzer***

***17019 LA ROCHELLE CEDEX 01***

***Date et signature du demandeur :***