|  |
| --- |
| **MONTANT DES FRAIS -** *Arrêté du 1er octobre 2001* |
| Les frais de **reproduction** et d**’envoi** des éléments du dossier sont à la charge du demandeur. Un **devis** vous sera adressé en fonction de la nature de votre demande. Les frais sont à régler par chèque à l’ordre du **Trésor Public** auprès du service qualité soit par dépôt sur place (bâtiment administratif des directions, RDC à gauche) soit par envoi postal à l’adresse figurant en page 1 du présent formulaire.  Frais de copie : *0,18 €/page + frais de gestion*  Compte-rendu d’hospitalisation 🡺 remis de droit (gratuit)  Moins de 30 pages 🡺 0.30€ / page   * Dossier papier complet 🡺 23.10€ * Dossier papier complet réanimation 🡺 31.50€ * Reproduction cliché radiologique sur film 🡺 7.90€ / film * Reproduction cliché radiologique sur DVD 🡺 7€ / DVD   Frais d’envoi :  Consultation du dossier sur place : gratuit  Envoi en recommandé avec AR : 17.86€ |

*Conformément à la législation, le dossier médical est conservé pendant 20 ans à compter de la date du dernier passage du patient dans l’établissement (dernier séjour ou consultation). Au- delà, les documents sont détruits.*

*Pour les enfants, les dossiers sont conservés 10 ans après la majorité de l’enfant soit jusqu’à ses 28 ans*

Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements donnés et accepte de prendre en charge les frais mentionnés dans le devis qui me sera adressé.

**Fait à : ………………………………. Le : ………………………………**

**Signature du demandeur :**

**DEMANDE D’ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

**Formulaire Patient ou Représentant légal**

Si vous êtes, **patient**, **représentant légal** d’un **mineur**, représentant légal d’un **majeur sous mesure de protection juridique**, ou **médecin désigné** comme intermédiaire par le patient (ou l’une des personnes précédemment citées), vous disposez d’un **droit d’accès aux informations contenues** **dans votre dossier médical** ou dans celui de la personne que vous représentez (articles R1111-1 à R1111-7 du code de la santé publique).

Pour pouvoir accéder à ces informations, il vous faut :

* Remplir ce présent **formulaire**
* Fournir une copie des **justificatifs** listées (page 2)
* Préciser les **éléments du dossier souhaité** (pages 3)
* Choisir la **modalité de communication** (page 4)
* **Signer** ce présent formulaire (page 4)
* **Envoyer** l’ensemble à l’adresse postale ou mail ci-dessous

**Centre Hospitalier Intercommunal Aix Pertuis**

**Service Qualité**

**Avenue des Tamaris 13616 Aix en Provence Cedex 1**

**Mail : dossier-medical@ch-aix.fr**

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR** |
| **Vous êtes :**   * Patient * Représentant légal d’un patient (mineur/ majeur sous protection juridique) * Médecin désigné comme intermédiaire par le patient   **Identité du PATIENT**  Nom Usuel : ……………………… Nom de naissance : ……………….  Prénom : …………………………. Date de naissance : ………………  Téléphone ………………………… Mail : ……………………………….  Adresse : …………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………. |

**DEMANDE D’ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

**Formulaire Patient ou Représentant légal**

4/4

1/4

**DEMANDE D’ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

**Formulaire Patient ou Représentant légal**

**DEMANDE D’ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

**Formulaire Patient ou Représentant légal**

|  |  |
| --- | --- |
| **Information sur la période d’hospitalisation concernée par votre demande \*\*** | |
| Date d’hospitalisation | Services d’hospitalisation |
| Du ……………………………..au…………………………. |  |
| Du ……………………………..au…………………………. |  |
| Du ……………………………..au…………………………. |  |
| Du ……………………………..au…………………………. |  |
| Du ……………………………..au…………………………. |  |

|  |
| --- |
| **NATURE DES PIECES DU DOSSIER DEMANDEES** |
| L’original du dossier ne peut être transmis, il est conservé au CHIAP suivant la réglementation en vigueur. Il vous sera remis uniquement une **copie** des éléments de votre dossier (ou de celui de la personne que vous représentez). Merci de préciser la nature des pièces demandées :   * Compte-rendu d’hospitalisation * Résultats biologiques * Compte-rendu d’examen * Compte-rendu d’imagerie / exploration fonctionnelle * Compte-rendu de consultation * Compte-rendu d’intervention * Prescriptions thérapeutiques * Feuilles de surveillance * Radiographie standard * IRM * Scanner * Scintigraphie * Autres, à préciser ……………………….......................................... |

**Identité du DEMANDEUR (si différent du patient)**

Nom usuel : ………………………. Nom de naissance : ………………

Prénom : ………………………… Date de naissance : ………………

Téléphone : ………………………. Adresse mail : ……………………

Adresse postale : …………………………………………………………

………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE** |
| * **Patient :** copie de votre pièce d’identité recto verso en cours de validité (CNI ou passeport). * **Représentant légal (mineur) :** copies de votre pièce d’identité et d’un justificatif de l’exercice de l’autorité parentale (livret de famille, décision de justice…). * **Représentant légal d’un majeur sous mesure de protection juridique :** copies d’une pièce d’identité du tuteur et de celle du majeur sous mesure de protection juridique ainsi que de l’ordonnance du juge des tutelles. * **Médecin désigné par le patient :** copies d’une pièce d’identité et du courrier de désignation daté par le patient |

|  |
| --- |
| **MODALITES DE COMMUNICATION DES ELEMENTS DU DOSSIER** |
| Vous avez le choix entre **3** modes de communication :   * **La consultation sur place** dans le service concerné. Si vous le souhaitez, vous pouvez être accompagné(e). Cette consultation est gratuite et se fait sur rendez-vous auprès du secrétariat du service concerné. * **La copie** des éléments du dossier **à retirer sur place** auprès du secrétariat du service concerné. * **L’envoi par courrier postal des copies en recommandé avec AR** des éléments demandés:   O A votre adresse postale O A celle du médecin de votre choix ; précisez : nom, prénom et adresse postale : …………... ……………………………………………………………………………… |

\*\* *Seuls les documents concernant les hospitalisations et activités de consultations* ***publiques*** *peuvent être transmis. Pour les consultations réalisées par les praticiens à titre privé, nous vous invitons à contacter directement le secrétariat du praticien concerné.*