



DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER PATIENT / RESIDENT

Table with 4 columns: DIFFUSION, REFERENCE, DATE D'APPLICATION, PAGE. Values include: Unités de soins MAS DQGRAO, GDE-ENR-2015-0024, Juillet 2019, 1/2

Document à adresser à M. le Directeur EPSM de la Marne 1 Chemin de Bouy BP 70555 51022 Châlons-en-Champagne Cedex

LE DEMANDEUR : (voir documents à fournir au verso)

Je soussigné(e) Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom : Date de naissance : Adresse du domicile : Téléphone :

sollicite la communication :

Form with checkboxes for: de l'ensemble de mon dossier, d'une partie de mon dossier (lieu(x) de soins, hospitalisation particulière, pièces particulières), d'informations médicales concernant M. Mme né(e) le : en qualité de : Si vous faites cette demande en qualité d'ayant droit, merci de préciser votre lien de parenté : et d'indiquer ci-dessous le motif pour lequel vous avez besoin d'avoir connaissance des informations médicales :

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Form with checkboxes for: la consultation du dossier sur place, à l'EPSM, en présence d'un médecin du service (Facultatif) Je serais accompagné(e) de (nom, prénom, qualité)*, l'envoi postal du dossier à l'adresse indiquée ci-dessus, l'envoi postal du dossier au Docteur, l'envoi postal du dossier à la personne que je mandate (nom, prénom, adresse) : Dans ce cas, le demandeur doit mandater par attestation manuscrite sur papier libre, la personne qu'il désigne et fournir une copie de sa pièce d'identité. Je m'engage à régler, dans les conditions indiquées au verso, les frais des photocopies demandées.

Fait le / / Signature du demandeur :

* L'accompagnement par une tierce personne est facultatif. Attention : cette personne aura connaissance d'informations strictement personnelles sur votre santé.

**DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN
DOSSIER PATIENT / RESIDENT**

DIFFUSION	REFERENCE	DATE D'APPLICATION	PAGE
Unités de soins MAS DQGRAO	GDE-ENR-2015-0024	Juillet 2019	1/2

Ce que vous devez savoir :

DOCUMENTS A FOURNIR PAR LE DEMANDEUR (à joindre à ce document): Vous devez apporter la preuve de votre identité afin de justifier votre droit à consulter le dossier médical.

- Si vous souhaitez consulter votre dossier : vous devez communiquer copie de pièce d'identité recto/verso
- Si vous faites la demande en qualité d'ayant droit : vous devez communiquer copie de votre pièce d'identité recto/verso, du livret de famille, du certificat d'hérédité ou acte notarié
- Si vous faites la demande en qualité de personne titulaire de l'autorité parentale : vous devez communiquer copie de votre pièce d'identité recto/verso, du livret de famille
- Si vous faites la demande en qualité de tuteur : vous devez fournir copie de votre pièce d'identité recto/verso, ainsi que du jugement de tutelle

HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT :

Le médecin peut subordonner la consultation des informations médicales recueillies dans le cadre de ces hospitalisations à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. Si le demandeur s'oppose à cet accompagnement, la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) sera saisie et elle formulera un avis qui s'imposera.

FACTURATION DES FRAIS DE REPROGRAPHIE ET D'ENVOI :

Les frais facturés au demandeur sont :

- La reprographie des documents (tarif fixé par délibération du Conseil de Surveillance : 0.26€ la copie)
- Les frais postaux (envoi en recommandé avec Accusé de Réception)