

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Les informations contenues dans le dossier médical sont strictement confidentielles et nous attirons votre attention sur le caractère personnel des informations que vous allez détenir, notamment vis-à-vis de tierce personne.

L'accès au dossier est encadré par la législation et la réglementation qui régissent la matière

Votre demande doit être formulée au moyen de cet imprimé, dûment complété, signé et accompagné des justificatifs demandés.

Elle doit être adressée à :

Madame la Directrice du Centre de Soins de Suite et de Réadaptation

56, Boulevard Joseph Wamytan

98835 Dumbéa

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

QUALITE DU DEMANDEUR

➤ **Patient, et /ou son mandataire exprès,**

Fournir la copie d'une pièce d'identité du patient en cours de validité,

Fournir la copie d'une pièce d'identité du mandataire en cours de validité,

Fournir la copie du mandat exprès le cas échéant (original), signé par le mandant et le mandataire

Confirmer l'absence de conflit d'intérêts du mandataire exprès :

- Oui
- non

➤ **Représentant légal (patient mineur)**

Fournir les justificatifs suivants :

1. Copie de la pièce d'identité en cours de validité du demandeur et du mineur,
2. Copie du livret de famille ou de l'acte de naissance,
3. En cas de divorce, fournir la copie de l'ordonnance du juge des affaires familiales.

➤ **Ayant droit (pour patient décédé) précisez le lien de parenté :**

➤ **Concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité**

Fournir les justificatifs suivants :

1. Copie de la pièce d'identité en cours de validité du demandeur,
2. Copie du justificatif de la qualité d'ayant droit : livret de famille, certificat d'hérédité ou d'un acte de notoriété, copie de l'acte de décès si hors établissement,

Indiquer les motifs de votre demande :

- Connaître les causes de la mort,
- Défendre la mémoire du défunt, précisez les raisons qui vous amènent à défendre la mémoire du

.....

- Faire valoir vos droits, précisez la nature des droits que vous souhaitez faire valoir :

.....

.....

➤ **Tuteur (majeur protégé) :**

Fournir les justificatifs suivants :

1. Copie de la pièce d'identité en cours de validité du demandeur et du majeur protégé,
2. Copie de l'ordonnance du juge des tutelles,

Attention, l'équipe médicale déterminera les éléments du dossier médical qui permettent de répondre à la motivation de votre demande et seuls ces derniers vous seront transmis. Il est important de bien préciser votre demande.

IDENTITE DU PATIENT (si différent du demandeur)

Nom : _____ Prénom : _____
 Nom de jeune fille : _____
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

PERIODES ET SERVICES DE CONSULTATION/

Date d'entrée	Date de sortie	Service

ELEMENTS DU DOSSIER DEMANDES

- Lettre de sortie,
- Compte rendu d'hospitalisation,
- Prescriptions établies lors des consultations, durant l'hospitalisation ou à la sortie,
- Examens d'imagerie (radiographies, scanners, IRM),
- Examens biologiques,
- Dossier de soins infirmiers,
- Autres, précisez.....

MODE DE COMMUNICATION

- Je demande à venir consulter sur place le dossier médical (le RDV sera fixé par le secrétariat de direction en présence du médecin du secteur concerné) :
 - Je serai seul,
 - Je serai accompagné d'une tierce personne,
 - Je serai accompagné d'un médecin,
 - Et, je demande que me soient délivrées copies des éléments du dossier susmentionnés.
- Ou,**
- Je viendrai retirer moi-même le dossier.

NB : Les frais de copie et d'envoi seront gratuits pour le demandeur.

ATTESTATION

Je soussigné (e), M, Mme,.....

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Date et signature du patient

Reçu le : Tampon du CSSR :
