

	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE POISSY-SAINT-GERMAIN-EN-LAYE	DIP/ENR/003	
	Formulaire de demande de dossier médical	Créé le : novembre 2002	
		Modifié le : 18/04/2023	
		Version n°9	Page 1/2

Cet imprimé dûment complété est à adresser par voie postale ou par mail à

l'adresse suivante :

Adresse postale :

Service du Département d'Information Médicale

10 rue du Champ Gaillard

78300 Poissy

Adresse mail :

ddmedicaux.chips@ght-yvelinesnord.fr

Tél : 01 39 27 57 10

Permanence téléphonique :

Le mardi 9h à 12h30

Le jeudi 13h30 à 15h30

Identité du patient

Nom de naissance : **Nom d'usage :**

Prénom : **Date de Naissance :**

Sexe : Féminin Masculin **Lieu de naissance :**

Téléphone : **Adresse mail :**

Adresse postale :

Code Postal : **Commune :**

Qualité et Identité du demandeur (si autre que le patient)

Pour un patient vivant : Représentant légal (Patient mineur) Tuteur Mandataire Autre

Pour un patient décédé : Ayant-droit familial Partenaire de PACS Concubin Autre

Nom de naissance : **Nom d'usage :**

Prénom : **Date de Naissance :**

Téléphone : **Adresse mail :**

Adresse postale :

Code Postal : **Commune :**

Modalité d'accès souhaitée

Délai : A compter de la réception de la demande complète, les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours ouvrés minimum, et ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois.

Tarif : 0,75€ la copie papier ; 5.60€ le CD-ROM et 5.60€ le cliché d'imagerie ; l'envoi par courrier postal (LR/AR) est facturé au tarif en vigueur.

Vous souhaitez (cocher la case souhaitée) :

- Remise en main propre du dossier sur place
- Consultation du dossier sur place
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception à une personne de votre choix :

Nom : **Prénom :**

Lien avec le demandeur :

Adresse postale exacte :

**Formulaire de demande de dossier médical**

Créé le : novembre 2002

Modifié le : 18/04/2023

Version n°9

Page 2/2

Pour les patients décédés, précisez le motif de communication Connaître les causes du décès Défendre la mémoire du défunt, précisez* :

.....

.....

 Faire valoir un droit, précisez* :

.....

.....

* Sans justification, votre demande ne pourra être prise en compte

La communication des éléments du dossier ne peut être réalisée si le patient de son vivant, s'y est opposé.

Les établissements de santé sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée, uniquement les informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent.

Les éléments du dossier demandés (à cocher) Avez-vous besoin des documents pour une date précise ? Non Oui (Si oui, précisez la date) :

.....

 Imagerie (précisez la date et le type de l'examen) : Prise(s) en charge :

- Dans le service Du au

- Dans le service Du au

- Dans le service Du au

 Pièce(s) demandée(s) et raison de votre demande (facultative) :

.....

.....

Justificatifs à joindre à la demande

Toute demande incomplète ne pourra être prise en compte.

Patient : copie recto-verso de la pièce d'identité, passeport ou titre de séjour en cours de validité.**Représentant d'un mineur** : copie recto-verso de la pièce d'identité du parent, copie de l'acte de naissance ou du livret de famille (partie parents et enfant).**Mandataire** : Personne représentant le patient : courrier du patient désignant une personne de son choix pour faire les démarches en son nom + la copie recto-verso de la pièce d'identité du patient et du mandataire.**Ayant-droit** : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, copie de l'acte de décès (si le décès a eu lieu en dehors de l'hôpital), et tout justificatif attestant de la qualité d'ayant droit (livret de famille, acte de notarié, preuve de concubinage...)**Représentants légaux d'un patient sous tutelle** : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient, et copie du jugement de tutelle.

Fait le : ___ / ___ / _____

A :

Signature du demandeur :