

LISTE DES DOCUMENTS COMMUNICABLES*

- Lettre du médecin à l'origine de la consultation ou de l'admission,
- Les motifs d'hospitalisation,
- La recherche d'antécédents et de facteurs de risques,
- Les conclusions de l'évaluation clinique initiale,
- Le type de prise en charge prévu et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences,
- Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie,
- Les informations sur la démarche médicale,
- Le dossier d'anesthésie,
- Le compte-rendu opératoire ou d'accouchement,
- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient,
- Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires,
- Le dossier de soins infirmiers,
- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé,
- Les correspondances échangées entre les professionnels de santé,
- Le compte-rendu d'hospitalisation,
- La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie,
- Les modalités de sortie,
- La fiche de liaison infirmière.

***Art L.1111-7 du CSP et arrêté du 5 mars 2004**

Sont exclus de cette communication, les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant les tels tiers -

DEMANDE A ADRESSER

à

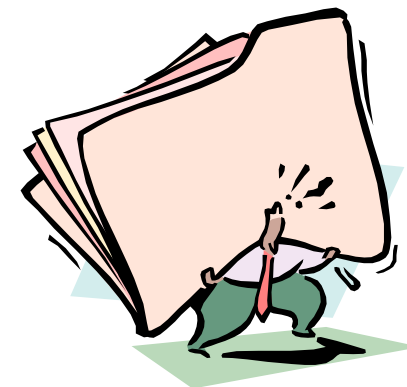
MONSIEUR LE DIRECTEUR

CENTRE HOSPITALIER

100 rue Léon Cladel
BP 765

82013 MONTAUBAN Cedex

COMMENT ACCEDER AU DOSSIER PATIENT ?



100, rue Léon Cladel – BP 765
82013 MONTAUBAN CEDEX
Tél. : 05 63 92 82 82
Fax : 05 63 92 80 05
Site Internet : www.ch-montauban.fr

COMMENT AVOIR ACCES AU DOSSIER PATIENT ? *

1- QUI PEUT FAIRE LA DEMANDE ?

- La personne concernée
- Les ayants-droit en cas de décès
- La personne ayant l'autorité parentale ou le tuteur
- Le médecin qu'une de ces personnes à désignée comme intermédiaire

2- A QUI FAIRE LA DEMANDE ?

Pour les hôpitaux publics, la demande écrite doit être adressée au directeur de l'établissement (cf. adresse au verso)

3- LES DELAIS DE TRANSMISSION ?

A la réception de la **demande complète**, le détenteur du dossier à **8 jours** pour répondre, le délai étant porté à **2 mois** lorsque les informations demandées remontent à plus de 5 ans ou lorsque le Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques est saisie.

4- COMMENT EST COMMUNIQUE LE DOSSIER ?

- Soit sur consultation sur place au service des archives médicales ; sur rendez-vous, avec, le cas échéant, remise de copies de documents.
- Soit sur place au secteur de psychiatrie concerné ; sur rendez-vous, avec la consultation de documents et, le cas échéant, remise de copies de documents.
- Soit par l'envoi de copies de documents.

Les frais de délivrance de copies sont à la charge du demandeur (0,19 € / page) auxquels il faut ajouter, le cas échéant, les frais d'envoi incluant le montant du recommandé

*Articles L.1110-4, L.1111-7, R.1111-1 à R.1111-16 et R.1112-1 à R.1112-9 du Code de la Santé Publique

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES

M. Mme Melle

Nom :

Prénom :

Adresse :
.....
.....
.....

Tél. :

Identité du demandeur (joindre un justificatif) :

- Patient
- Représentant légal ou tuteur

Motif de la demande :
.....
.....
.....

Ayant-droit

Préciser le lien de parenté ou la qualité d'héritier :
.....
.....

Indiquer le ou les motifs de votre demande :

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir vos droits

Pour plus de renseignements : Site Internet : www.ch-montauban.fr rubrique « Droits et devoirs des patients »

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES

Demande l'accès aux informations médicales concernant le dossier de :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Suite à l'hospitalisation :

Du..... Au Unité.....

Du..... Au Unité.....

Mode d'accès :

- Consultation sur place
- Récupération sur place de documents
- Envoi des documents listés (cf. liste au verso)

Si envoi des documents :

M. Mme Melle

Nom :

Prénom :

Adresse :
.....
.....
.....

A..... Fait, le.....

Signature du demandeur :