|  |
| --- |
| MODALITES DE COMMUNICATION |
| **-Chaque dossier avant de vous être communiqué doit être vérifié par les différents intervenants** (médecin(s), anesthésiste, surveillante des soins).  -Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.  -Nous vous informons par mail lorsque la copie de votre dossier est prête. |

|  |
| --- |
| PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE DE DOSSIER\* |
| **Civilité** :       **Numéro de sécurité sociale :**  **Nom d’usage** :       **Prénom** :    **Nom de naissance** :       **Date de naissance** :  **Cas particulier : Patient décédé le** :  *(Seuls les ayant droits du défunt peuvent faire cette demande. Merci de renseigner directement la case ayant droit)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUEE PAR\* | | |
| **DATE DE LA DEMANDE** : | | |
| **NOM** :  **Date de naissance**:    **Adresse** : | **Prénom** :  **Lien de parenté**:  **Adresse Email**:    **Tél Portable**: | |
| QUALITE DU DEMANDEUR | | PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE |
| **Le patient concerné** | | -La copie d’une pièce d’identité en cours de validité (carte nationale d’identité, passeport ou permis de conduire) |
| **Un tiers agissant en qualité de** | | |
| Personne mandatée par le patient lui-même | | -La copie d’une pièce d’identité du patient concerné par la demande  -La copie d’une pièce d’identité du demandeur  -Tout document permettant de justifier du mandat |
| Ayant droit  *La communication du dossier ne peut s’effectuer si le patient de son vivant, s’y est opposé.*  Motif de la demande :  Pour défendre la mémoire du défunt  Pour faire valoir les droits du défunt  Pour connaître les causes du décès | | -La copie d’une pièce d’identité du demandeur  -Une copie de l’acte de décès  -***Pour le conjoint et enfants*** : la copie du livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et le patient, ou l’acte de naissance intégral.  *-****Pour les autres ayants droit (héritiers du patient décédé****) :* une copie de l’acte de notoriété (rédigé par un notaire à titre onéreux)  -***Pour le partenaire du PACS ou le concubin :*** éléments prouvant la situation (copie du PACS ou attestation sur l’honneur des 2 concubins)  -***Pour toutes autres personnes :*** une copie d’un document attestant la qualité d’ayants droit est nécessaire (attestation notariale…) |
| Tuteur | | -La copie d’une pièce d’identité du patient concerné par la demande  -La copie d’une pièce d’identité du demandeur  -La copie du jugement de tutelle |
| Représentant légal du mineur | | -La copie d’une pièce d’identité du patient concerné  -La copie d’une pièce d’identité du demandeur  -La copie du livret de famille ou de l’acte de naissance |

|  |
| --- |
| PIECES DEMANDEES\* |
| Intégralité du dossier médical  Si vous ne souhaitez pas obtenir l’intégralité de votre dossier médical, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :    Compte-rendu d’hospitalisation  Compte-rendu opératoire  Résultat d’examens (biologie, biopsie…)  Dossier anesthésique |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PERIODES ET SERVICES\* | | |
| **Un dossier médical est constitué pour chaque séjour** | | |
| Date d’entrée | Date de sortie | Médecin référent/Service |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| MOTIF DE LA DEMANDE\* |
|  |

|  |
| --- |
| FACTURATION DES COPIES DU DOSSIER MEDICAL |
| * Si le dossier médical est dans nos archives internes, le forfait est de 15 euros |
| * Si le dossier médical est dans nos archives externes, le forfait est de 30 euros   Les frais par lettre recommandée avec accusé de réception viendront s’ajouter à ce tarif. |

|  |
| --- |
| MODE DE COMMUNICATION\* |
| Envoi de la copie à votre domicile (par lettre recommandé avec accusé réception- frais d’envoi à votre charge)  Remise du dossier en main propre  Possibilité de consultation sur place (sur rendez-vous uniquement). Les frais d’acheminement pour les dossiers en archive externe qui auront été rapatriés seront facturés (25€ - coût du transporteur) et les éventuelles photocopies que vous souhaiteriez (0.15cts/copie). |

|  |
| --- |
| VOTRE CONTACT |
| Secrétariat de Direction : [direction.hpop@ramsaygds.fr](mailto:direction.hpop@ramsaygds.fr)  A retourner complété et accompagné des justificatifs nécessaires par courrier à l’adresse suivante :14 avenue Castiglione Del Lago – 78190 – TRAPPES – Secrétariat de Direction  **\* : Champ obligatoire *Toute demande incomplète ne pourra être traitée.*** |
|  |