



CENTRE HOSPITALIER
Samuel Pozzi
BERGERAC

FINESS Géo : 240000372



DEPARTEMENT
D'INFORMATION MEDICALE

Secrétariat :

Tél. : 05 53 63 88 76
05 53 63 88 77
service.dim@ch-bergerac.fr

Dr Chérif IDIR
Medecin
Responsable DIM

T.I.M
Mme Audrey MENARD
Mme Gaëlle ILLY
Mme Christelle MAZIERE

Communication de dossiers
Mme Marilyne BOUCHILLOU

Archives Médicales
Mme Carole FENELON
Mme Claire BALLAND

Tel : 05 53 63 88 77

Bergerac, le

Nos références : Dr C. IDIR

Objet : demande de dossier médical

Madame, Monsieur ,

Je vous accuse réception de votre correspondance du _____ dans laquelle vous me demandez, en application du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 *"relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique, paru au Journal Officiel n° 101 du 30 avril 2002, page 7790"*, de vous transmettre les documents constituant votre dossier médical.

En application de la Section 1, Art. 3, je vous informe que ce décret vous ouvre plusieurs modalités de communication :

*Soit par consultation sur place.

Un dispositif d'accompagnement médical (Dr Francis LI FOON CHEONG) est organisé par l'établissement dans les conditions visées à l'article R. 710-2-1 du code de la santé publique. Vous pouvez prendre rendez-vous auprès du secrétariat du DIM au 05 53 63 88 76 ou 05 53 63 88 77.

* Soit par l'envoi de copies des documents.

.../...

Je vous informe par ailleurs que les copies seront établies sur un support analogue à celui utilisé par le Professionnel de Santé ou sur papier, à votre choix, dans la limite des

possibilités techniques de l'établissement. Elles vous seront facturées, ainsi que les frais d'expédition éventuels, au prix coûtant à la remise des documents (1).

Munissez-vous d'une pièce d'identité.

Je vous invite à me préciser dans un courrier adressé au :

D.I.M.

C.H. Samuel Pozzi - 9, avenue Calmette

Boîte Postale 820

24108 BERGERAC Cedex

- 1) votre nom lors de l'hospitalisation (votre nom de jeune fille ou éventuellement votre nom marital), l'ensemble de vos prénoms, votre date de naissance, votre adresse et votre numéro de téléphone, afin que nous puissions gérer les éventuelles homonymies,
- 2) la modalité de communication que vous avez choisie,
- 3) le nom du médecin, ainsi que son adresse et son accord pour recevoir les documents si vous choisissez ce mode de transmission,
- 4) les modalités de règlement de frais de dossier que vous pensez utiliser.

Le formulaire ci-joint est à renvoyer impérativement dûment rempli et signé avec une photocopie recto-verso de votre carte d'identité si celle-ci ne nous a pas été transmise avec le courrier de votre demande.

Sans réponse de votre part sous trente jours, nous considérerons que vous ne donnez pas suite à votre demande.

Le délai de communication est fixé par le décret précité à huit jours ou deux mois selon la date à laquelle l'information médicale a été constituée.

Croyez, Madame, Monsieur , à l'assurance de mes sentiments distingués.

Responsable DIM
Docteur Chérif IDIR

(1) Tarifs établis à prix coûtant (Décret n°2001-493 du 6 juin 2001 pris pour l'application de l'article 4 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 et relatif aux modalités de communication des documents administratifs)



**VOTRE DEMANDE SERA PRISE EN COMPTE
A LA RECEPTION DE CE DOCUMENT
(avec photocopie des documents demandés)**

FINESS Géo : 240000372



**DEPARTEMENT
D'INFORMATION MEDICALE**

Secrétariat :

Tél. : 05 53 63 88 76
05 53 63 88 77
service.dim@ch-bergerac.fr

Dr Chérif IDIR
Medecin
Responsable DIM

T.I.M
Mme Audrey MENARD
Mme Gaëlle ILLY
Mme Christelle MAZIERE

Communication de dossiers
Mme Marilyne BOUCHILLOU

Archives Médicales
Mme Carole FENELON
Mme Claire BALLAND

Tel : 05 53 63 88 77

DOSSIER

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Tel :

Nom , adresse et N° tel. du Médecin traitant :

Date d'hospitalisation :

Service :

Médecin responsable :

DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel :

Agissant en qualité de :

Justificatifs à joindre à la demande

Patient

- Copie recto/verso d'une pièce d'identité.

Représentant légal

-Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur
- Copie du livret de famille (partie parents et enfant)
ou extrait d'acte de naissance
- Copie du jugement de divorce, le cas échéant

Tuteur (majeur sous tutelle

- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du
demandeur et du patient concerné
- Copie du jugement de tutelle.

Mandataire désigné par le patient

- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du
mandataire et du patient concerné

- Mandat exprès original désignant nommément
la personne pouvant demander la copie du dossier médical

-
- Ayant droit (si patient décédé)
- Conjoint Père/Mère
 - Frère/Sœur Enfant majeur
 - Concubin, partenaire lié par un PACS

En qualité d'ayant droit, vous ne disposez pas d'un accès à l'ensemble des pièces du dossier médical. Vous êtes autorisé(e) à accéder qu'aux seuls éléments en lien avec le motif invoqué, sauf volonté contraire du défunt (cocher la case correspondante) :

- Connaître les causes du décès
 Défendre la mémoire du défunt (1)
 Faire valoir vos droits (2)

1 et 2 (à préciser) :

.....
.....

Pièces à fournir:

- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur
- Copie de l'acte de décès.

Justificatifs auxquels il convient d'ajouter, selon sa qualité :

- Copie du livret de famille (conjoint survivant et enfants du défunt) ;
- Copie du certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signée des concubins ;
- Copie de la convention de PACS (partenaire) ;
- Acte de notoriété ou certificat d'hérédité (autres demandeurs).

MODALITES DE COMMUNICATION

-
- Remis en main propre
 Consultation sur place
 Envoi à domicile R + AR
 Envoi au médecin (préciser adresse et N° tel. si différent du médecin traitant)

MODALITES DE REGLEMENT DES FRAIS DE DOSSIER (à réception de la facture)

-
- Chèque
 Règlement au Bureau des Entrées du C. H. Bergerac

SIGNATURE

Objet : Tarif pour duplication de dossier médical

Nom, Prénom :

N° Dossier :

- Photocopie : 0,18 euros /page (format A4)

- Cédérom : 2,75 euros

- Frais d'envoi (selon les tarifs en vigueur) en recommandé avec accusé de réception :

* Lettre d'information en recommandé avec AR : 6,15 euros

* 0 à 10 feuilles : 6,49 euros

* 10 à 20 feuilles : 7,63 euros

* 20 à 50 feuilles : 8,74 euros

* > à 50 feuilles : 8,71 euros

- Documents radiographiques : remise en main propre contre récépissé et présentation d'une pièce d'identité

Tarifs établis à prix coûtant (Article 2 de l'arrêté du 1er octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif)