

JE SOUSSIGNE(E) :

☐ M. ☐ Mme ☐ Non binaire

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Téléphone : / / / / Email :@.....

SOLLICITE :

☐ La (les) pièce(s) suivante(s) de mon dossier médical :

☐ Des pièces du Dossier médical de : ☐ M. ☐ Mme ☐ Non binaire

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

En ma qualité de :

☐ Représentant légal d'un patient mineur

☐ Ayant droit en cas de décès¹ (voir ci-dessous)

☐ Représentant légal d'une personne majeure :

☐ Sous tutelle avec représentation à la personne

☐ Sous tutelle sans représentation à la personne

☐ Sous curatelle ☐ Autre :

¹ Précisions concernant la demande d'un ayant droit en cas de décès

Date du décès à préciser pour les ayants droit : / /

Lien de parenté :

Motif de la demande :

☐ Connaître les causes du décès (cette demande ne nécessite aucune précision)

☐ Faire valoir ses droits (préciser ci-dessous de quels droits il s'agit)

☐ Défendre la mémoire du défunt (noter ci-dessous l'attaque publique nécessitant une défense)

La législation précise que seule la partie du dossier en lien avec la motivation sera adressée à l'ayant droit, le secret médical perdurant après le décès de la personne.

Précisions quant à la demande :

.....

.....

Période de l'hospitalisation (si elle est connue) : Du / / au / /

Précisions éventuelles :

.....

.....

Modalités d'accès au dossier :

L'EPSM Lille-métropole souhaite privilégier la consultation des pièces du dossier médical sur place afin de favoriser l'accompagnement de la personne. A cet effet, un rendez-vous peut être fixé en présence du médecin référent. Vous avez la possibilité de venir accompagné(e) par la personne de votre choix.

- ☐ Consultation du dossier patient sur place sur rendez-vous Veillez à bien indiquer votre numéro de téléphone pour vous joindre afin de définir un rendez-vous
- ☐ Envoi des copies à mon domicile par lettre recommandée avec accusé de réception
- ☐ Remise des copies en mains propres
- ☐ Envoi des copies à un médecin désigné → Nom du médecin désigné :
- Adresse :
- Code postal : |_|_|_|_| Ville :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-avant,

Nom – Prénom : Date : / /

Signature :

*Le présent formulaire de demande d'accès au dossier médical est à adresser à l'adresse postale suivante :
EPSM Lille Métropole - Direction des Relations avec les Usagers - BP 10 - 59 280 ARMENTIERES*

Pièces à joindre au formulaire

- ☐ **Si demandeur = le patient/résident lui-même :**
- ☐ Une copie recto verso de la pièce d'identité* en cours de validité.
- ☐ **Si demandeur = le représentant légal d'un patient mineur :**
- ☐ Une copie recto verso de la pièce d'identité* en cours de validité du demandeur,
- ☐ Une copie recto verso de la pièce d'identité* en cours de validité de la personne mineure,
- ☐ Une copie du livret de famille ou de l'acte de naissance (ou toute pièce attestant de la détention de l'autorité parentale).
- ☐ **Si demandeur = le représentant légal d'une personne majeure protégée :**
- ☐ Une copie recto verso de la pièce d'identité* en cours de validité du demandeur,
- ☐ Une copie recto verso de la pièce d'identité* en cours de validité de la personne majeure protégée,
- ☐ Une copie du jugement de la mesure de protection,
- + Pour les mesures de curatelle et de tutelle ne mentionnant pas la représentation à la personne :
- ☐ Le consentement du majeur protégé ou l'autorisation du juge des contentieux de la protection.
- ☐ **Si demandeur = l'ayant droit en cas de décès :**
- ☐ Une copie recto verso de la pièce d'identité* en cours de validité du demandeur,
- ☐ Une copie de l'acte de décès,
- ☐ Une copie du livret de famille ou de l'acte de naissance (preuve de la qualité d'ayant droit).

* = Carte d'identité, passeport, permis de conduire ou titre de séjour.

Informations relatives aux délais de communication des pièces du dossier et aux frais de reprographie :

Conformément à la réglementation, le délai de transmission des pièces médicales sera de :

- 8 jours si les informations sont constituées depuis moins de 5 ans,
- 2 mois si les informations sont constituées depuis plus de 5 ans.

La première demande de moins de 200 copies ne sera pas facturée. En revanche, s'il ne s'agit pas d'une première demande et/ou si le nombre de copies est supérieur à 200, la reprographie des pièces du dossier peut donner lieu à facturation (0,18€ la copie). Il est suggéré de cibler ainsi les pièces souhaitées.