Dans le cadre de votre demande de dossier médical, merci de nous renvoyer le présent formulaire complété et signé ainsi que les pièces justificatives nécessaires au traitement de votre demande à l’adresse suivante :

***USSAP - Service Gestion des Usagers***

***25 chemin de Ronde***

***11300 LIMOUX***

|  |
| --- |
| **IDENTITE DU DEMANDEUR** |
| Nom d’usage : Prénom :  Nom de naissance : Date de naissance :  Adresse : Code Postal / Ville :  N° de tél. : Courriel :  Service d’hospitalisation concerné :  Date d’hospitalisation : ……………………………………………………………………………………………………  Nom du médecin : …………………………………………………………………………………………………………   |  | | --- | | **AGISSANT EN TANT QUE** | |  | | | |
| **PATIENT LUI-MÊME**  *NB : En cas de soins sans consentement (soins à la demande d'un tiers ou soins sur décision du représentant de l'état), le médecin ayant réalisé votre prise en charge peut vous demander de lui désigner un médecin auquel adresser votre dossier. En cas de refus de procéder à cette désignation, la question sera tranchée par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques saisie par vos soins ou par le psychiatre de l’établissement.* | | |
|  | | |
| **DETENTEUR DE L’AUTORITE PARENTALE DE :** | | |
| Nom et prénom du patient : | | |
| **TUTEUR LEGAL (POUR LES PATIENTS MAJEURS PROTEGES) DE :** | | |
| Nom et prénom du patient : | | |
| **AYANT-DROIT DE :** | | |
| Nom et prénom du patient :  Né le : Décédé le :  Motif de la demande :  Connaissance des causes du décès  Défense de la mémoire du défunt  Faire valoir ses droits   |  | | --- | | **DOCUMENTS DEMANDES** | |  |   Parmi les options suivantes, cochez celles qui correspondent à votre demande :  Compte-rendu d’hospitalisation / Lettre de liaison  Observations médicales  Synthèse des résultats biologiques les plus récents  Ensemble des résultats biologiques  Compte(s)-rendu(s) d’examens  Dossier de soins infirmiers *(le nombre de feuillets du dossier de soins infirmiers est susceptible d’être élevé et d’augmenter notablement les frais de copie).*  Autre(s) (précisez le ou lesquels) :   |  | | --- | | **PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR** |  |  | | --- | | **Pièce d’identité du demandeur (copie recto-verso)** | |  | | **Pièces supplémentaires à fournir par les détenteurs de l’autorité parentale :** | | Document attestant de l’autorité parentale (livret de famille, jugement etc.) | | Pièce d’identité du patient mineur (copie recto-verso) | |  | | **Pièces supplémentaires à fournir par le tuteur légal d’un patient majeur :** | | Copie du jugement de mise sous tutelle  Pièce d’identité du patient majeur protégé (copie recto-verso) | |  | | **Pièces supplémentaires à fournir par l’ayant droit d’un patient décédé :** | | Certificat de décès  Copie du livret de famille attestant le lien de parenté | | Document attestant de la qualité d’ayant droit (attestation notariale, certificat d’hérédité etc.) | | | |
|  | | |

**MODALITES DE MISE A DISPOSITION DES ELEMENTS DEMANDES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le dossier du patient appartient à l’établissement, une copie peut être fournie au demandeur.  **Vous souhaitez *(cochez l’option souhaitée)* :**  Consulter le dossier sur place (gratuit)  Obtenir un duplicata de tout ou partie du dossier  **Vous trouverez ci-dessous les modalités de mise à disposition des éléments demandés :**   |  |  | | --- | --- | | **CONSULTATION DU DOSSIER**  **SUR PLACE**  **Cette consultation est possible sur présentation d’une pièce d’identité**  La consultation du dossier s’effectue au secrétariat du service concerné par votre demande. Si votre demande concerne plusieurs services différents, elle est organisée au secrétariat de la dernière hospitalisation.  Si vous souhaitez que des copies de certains documents soient réalisées, celles-ci vous seront facturées au tarif de 0,10€ la page A4.    Vous pourrez en disposer dans les jours suivants, soit sur place auprès du secrétariat concerné, soit par envoi postal en accusé de réception. | **Obtention d’un duplicata**  **de tout ou partie du dossier**  Les frais de duplication, aux tarifs mentionnés ci-dessous, et d’expédition sont **à** **la charge du demandeur.**  *La réalisation de copies de l’intégralité des pièces d’un dossier est susceptible de représenter* ***une somme conséquente*** *en fonction de la durée d’hospitalisation, du nombre de consultations et du nombre d’examens réalisés.*  Ces pièces confidentielles peuvent vous être *(cochez l’option souhaitée)* :  Remises en mains propres sur présentation d’une pièce d’identité  Expédiées à votre adresse par courrier recommandé avec accusé de réception  **Facturation : 0,10 € la copie de page au format A4 + frais d’envoi aux tarifs postaux en vigueur** | |
|  |

Le traitement de votre demande sera organisé dès réception du formulaire et des pièces jointes.

Date : Signature :