

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

Référence :
GESO-DP-FORM-2-4
Date : 30/08/2023
Rédacteur : direction générale
Version : 4

Mots-clés : formulaire, demande, information médicale, dossier médical, patient, accès

Identité du demandeur

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Courriel :@.....

Agissant en qualité de :

	Justificatifs à joindre à la demande
<input type="checkbox"/> Patient	- copie recto/verso d'une pièce d'identité.
<input type="checkbox"/> Représentant légal du mineur	- copie recto/verso d'une pièce d'identité du représentant légal ; - copie recto/verso d'une pièce d'identité du mineur ; - copie du livret de famille (partie parents et enfant) ou extrait d'acte de naissance.
<input type="checkbox"/> Mineur émancipé	- copie recto/verso d'une pièce d'identité ; - copie de la décision d'émancipation du mineur.
<input type="checkbox"/> Tuteur (<i>majeur sous tutelle</i>)	- copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur et du patient concerné ; - copie du jugement de tutelle.
<input type="checkbox"/> Mandataire désigné par le patient	- copie recto/verso d'une pièce d'identité du mandataire et du patient concerné ; - mandat exprès (document original écrit, daté et signé par le patient par lequel il donne pouvoir à la personne qu'il mandate.
<input type="checkbox"/> Ayant droit (<i>si patient décédé</i>) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Père/Mère <input type="checkbox"/> Frère/Sœur Préciser le(s) motif(s) de la demande : <input type="checkbox"/> Connaître la cause du décès <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> Faire valoir ses droits	- copie recto/verso d'une pièce d'identité - copie de l'acte de décès - copie du livret de famille



Le dossier concerne :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Période d'hospitalisation concernée :

Service :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> psychiatrie générale | <input type="checkbox"/> psychiatrie infanto-juvénile |
| <input type="checkbox"/> centre de soins en addictologie | <input type="checkbox"/> centre de gérontologie clinique |

Les pièces demandées :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> le dossier réglementaire | <input type="checkbox"/> le compte rendu d'hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> autres. Précisez : | |
| | |

Les modalités de consultation :

- GRATUIT {
- Consultation sur place en présence du médecin chef ou de son représentant
 - Consultation, sur place, en présence du médecin-chef ou de son représentant accompagné par une personne de confiance, à défaut le médecin traitant (indiquez le nom et les coordonnées du médecin)
 - Fourniture de copies :
 - gratuité pour les dossiers de moins de 20 pages ;
 - frais forfaitaires de 2 000 F CFP ou 17 euros pour les dossiers de plus de 20 pages
 - Envoi postal :
 - pour la Nouvelle-Calédonie : frais forfaitaires de 2 000 F CFP ou 17 euros pour les dossiers de plus de 20 pages
 - hors Nouvelle-Calédonie : frais forfaitaires de 2 000 F CFP ou 17 euros auxquels s'ajoutent les frais d'envoi de ces documents

Mode de règlement :

- Espèces
- Chèque libellé à l'ordre de la « Paierie des centres hospitaliers de Nouméa »
- Virement bancaire depuis la Nouvelle-Calédonie - Compte du « Trésorier des centres hospitaliers de Nouméa », compte n° 45189-00002-5C430000000-79
- Virement bancaire depuis l'étranger - Compte du « TP général », RIB n° 45189-00002-5C430000000-79, IBAN n° FR27-4518-9000-025C-4300-0000-079, domiciliation « Institut – compte principal BIC : INDDFRP1XXX » en faisant apparaître la précision « Recette TCHN – CHS A. Bousquet » ainsi que votre nom.

Le libellé du virement doit comporter le numéro du titre (situé en haut à droite de la facture) + année + CHS. Une copie du formulaire de virement devra nous être transmise pour justificatif.

Date et signature du demandeur

