



DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES

Madame, Monsieur,

En regard de la délibération n° 12 du 3 mai 2005 relative à l'information des usagers du système de santé et à l'accès aux informations médicales personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, vous avez le droit aux informations contenues dans le dossier que vous souhaitez consulter.

Afin de faciliter le traitement de votre demande, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le transmettre à la direction du Centre Hospitalier Spécialisé A. Bousquet, BP 120 98845 NOUMEA CEDEX – Fax (687) 27.12.68 – Courriel : direction@chs.nc

Le demandeur agit-il en qualité de :

- ① patient
- ② tuteur ou personne ayant l'autorité parentale (préciser le lien avec le mineur)
- ③ ayant droit (préciser le lien la nature des relations avec la personne décédée)

Éléments à fournir :

- ① Nom et prénom du demandeur :

Joindre une photocopie de la carte d'identité et un extrait d'acte de naissance.

- ② Nom et prénom du patient :
- Adresse :

- Autorisation du patient mineur émancipé. Le tuteur se doit de fournir la preuve de l'accord de la personne dont il a la charge.***

Joindre également une photocopie de la carte d'identité et du jugement de tutelle.

- ③ Nom de la personne décédée :
- Prénom :
- Adresse :

Joindre une photocopie de la carte d'identité et une copie du livret de famille qui atteste du lien avec la personne décédée.

Préciser le(s) motif(s) de la demande :

- Connaître la cause du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir ses droits
-



Le dossier concerne :

Nom :

Prénom :

Période d'hospitalisation concernée :

Service : psychiatrie générale psychiatrie infanto-juvénile centre de gérontologie clinique

Les pièces demandées : le dossier réglementaire le compte rendu d'hospitalisation

autres. Précisez :

Les modalités de consultation :

- 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 des copies (frais forfaitaires de 2 000 F CFP ou 17 euros) par envoi postal (sans frais pour un envoi sur le territoire et aux frais réels pour un envoi hors du territoire)

Joindre le règlement à votre demande.

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.

Une copie du formulaire de virement dûment visé par la banque, devra nous être transmise pour justificatif.