



Centre  
Hospitalier  
de DOUAI

ACCUEIL TELEPHONIQUE :  
03 27 94 7000

**DIRECTION DE LA QUALITE,  
DE LA GESTION DES RISQUES  
ET DES RELATIONS AVEC LES USAGERS**

**INFORMATION ET DROIT DES USAGERS**

Tél. : 03 27 94 7085

Fax. : 03 27 94 7014

EMAIL : brigitte.segard@ch-douai.fr

## DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

A retourner ou à déposer à :

Madame la Directrice  
Route de Cambrai  
BP 10740  
59507 DOUAI CEDEX

Je soussigné(e)

Nom : \_

Prénom : \_

Date de naissance : \_

Domicilié(e) à : \_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_

demande de consultation sur place <sup>(1) (2)</sup>

demande communication de mon dossier <sup>(1)</sup>

pour la période du \_\_\_ au \_\_\_\_\_

demande la communication du dossier de Monsieur, Madame <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ en qualité de \_\_\_\_\_

En cas de décès justifier le motif de communication : \_\_\_\_\_

### Désignation des pièces souhaitées : partie à cocher par le demandeur

Dossier complet

Résumé d'hospitalisation

Compte rendu de consultation

Compte rendu opératoire

Dossier d'anesthésie

Informations relatives aux soins infirmiers

Résultats d'examens complémentaires

Préciser lesquels : \_\_\_\_\_

Autres pièces

Préciser : \_\_\_\_\_

Examens d'imagerie médicale

Préciser : \_\_\_\_\_

**Modalités de transmission :**

- souhaite venir retirer le dossier à la Direction des Relations avec les Usagers – Information – Droit des Usagers  
 souhaite l'envoi du dossier à mon domicile  
 souhaite l'envoi du dossier au médecin que je désigne

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

- souhaite l'envoi par messagerie après avoir été informé(e) du risque lié à la messagerie non sécurisée, à savoir la perte possible de la confidentialité : adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Documents à fournir avec la demande**

En fonction de la demande il est demandé de produire différents documents :

- (1) la communication de son propre dossier : photocopie d'une pièce d'identité du demandeur (recto-verso)  
(2) La demande émane d'un ayant droit : photocopie d'un certificat d'hérédité ou du livret de famille permettant d'attester la filiation et d'une pièce d'identité du demandeur (recto-verso)  
(2) La demande concerne un enfant mineur : photocopie du livret de famille et d'une pièce d'identité du demandeur (recto-verso), ainsi que la photocopie du jugement de divorce, le cas échéant  
(2) La demande concerne une personne sous tutelle : photocopie du jugement et d'une pièce d'identité du tuteur (recto-verso)

**Cas particuliers**

Les hospitalisations sans consentement : A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur, en cas de risque d'une gravité particulière. L'accès se fait alors par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le demandeur.

Si le demandeur refuse de désigner un médecin, la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) est saisie par le détenteur du dossier pour avis. Le demandeur a aussi la possibilité de saisir cette commission directement.

L'avis de la CDSP s'impose à tous.

Date :

Signature :