

Identité du demandeur

M. Mme Nom de naissanceNom marital

Prénom(s) :

Adresse :

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

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_| Lieu de naissance :

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| **Email** :

Qualité du demandeur

- Le patient lui-même
- Le représentant légal d'un patient mineur
- Le représentant légal d'un patient majeur sous tutelle sous curatelle
- L'ayant droit en cas de décès

Identité de la personne concernée par la demande (si différente du demandeur)

M. Mme Nom de naissanceNom marital

Prénom(s) :

Adresse :

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

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_| Lieu de naissance :

Précisions concernant la demande d'un ayant droit

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

Lien de parenté :

Motifs de la demande : Connaître les causes du décès
 Faire valoir ses droits
 Défendre la mémoire du défunt

Précisez votre demande (la législation précise strictement que sera adressée à l'ayant droit la seule partie en lien avec la motivation, le secret médical perdurant après le décès de la personne) :

.....
.....

Période de l'hospitalisation

Du au

Précisions éventuelles :

.....
.....

Pièces à joindre au formulaire

- Pour le patient
Joindre une copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur
- Le représentant légal d'un patient mineur
Joindre une copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle de la personne mineure
Joindre une copie du livret de famille ou de l'acte de naissance
- Le représentant légal d'un patient majeur sous tutelle sous curatelle
Joindre une copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle de la personne majeure
Joindre la copie du jugement de tutelle
- L'ayant droit en cas de décès
Joindre une copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur
Joindre une copie de l'acte de décès
Joindre une copie du livret de famille ou de l'acte de naissance (preuve de la qualité d'ayant droit)

Modalités de consultation du dossier

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

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

Informations relatives aux délais de communication du dossier médical

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

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

Information relatives aux frais de reproduction

Si le nombre de copies est conséquent (supérieur à 200), la reproduction des pièces médicales peut donner lieu à facturation (0,18€ la copie). Il est suggéré de cibler ainsi les pièces souhaitées.

Je soussigné(e) M..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date :

Signature :

***Formulaire à envoyer à l'adresse postale suivante :
EPSM Lille Métropole - Direction des Relations avec les Usagers
BP 10 – 59 280 ARMENTIERES***