

Votre demande doit être formulée au moyen de cet imprimé dûment **complété, signé, accompagné des justificatifs demandés**. Elle doit être adressée à :

Hôpitaux Publics de l'Artois
Direction des Relations avec les Usagers
99 Route de la Bassée, Sac Postal 08, 62307 Lens Cedex

Pour le CH de Lens : relationusagers@ch-lens.fr Pour le CH de Béthune-Beuvry : relationusagers@ch-bethune.fr
Pour le CH d'Hénin-Beaumont : relationusagers@ch-henin.fr Pour le CH de La Bassée : relationusagers@ch-labassee.fr

Nous attirons votre attention sur le caractère strictement personnel des informations qui vous seront transmises vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...) et des conséquences éventuelles que la révélation et/ou l'interprétation de certaines informations peuvent entraîner.

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom **Nom de jeune fille** : **Prénoms** :

Date de naissance : / / **Lieu de naissance** :

Adresse :

Code postal : **Ville** : **Téléphone** :
(Obligatoire)

Courriel :@.....

Lieu de prise en charge (obligatoire) : CH Lens CH Béthune Beuvry CH La Bassée CH Hénin-Beaumont

DEMANDE LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS

Eléments ci-dessous listés

HOSPITALISATION

Document(s) souhaité(s) <i>Compte-rendu, courriers, radiographies...</i>	Service(s) d'hospitalisation(s)	Date(s) d'hospitalisation(s)	Nom du praticien hospitalier
		Du : / / au : / /	

CONSULTATION

Document(s) souhaité(s) <i>Compte-rendu, courriers, radiographies...</i>	Service(s) de consultation(s)	Date(s) de consultations(s)	Nom du praticien hospitalier

MODALITÉS DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS¹

- Je souhaite : l'envoi postal à mon domicile en recommandé avec accusé de réception
 le retrait sur place*
 la consultation du dossier sur place*, accompagné(e) d'un médecin, avec éventuelle remise de copies
 l'envoi à un médecin intermédiaire que je désigne :
Docteur Nom/Prénom.....
Adresse :

*La Direction des Relations avec les Usagers vous contactera pour convenir d'un rendez-vous. En cas d'empêchement, merci de l'en informer pour fixer un autre rendez-vous. Sans réponse de votre part sous 15 jours, l'ensemble des documents vous sera envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception (frais à votre charge).

TARIFICATION DES COÛTS DE REPRODUCTION

La consultation sur place est gratuite. Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur.

Tarifs au 1^{er} janvier 2022 (Conformément à l'arrêté du 1^{er} octobre 2001) :

- 0,18€ / copie A4
- 0,36€ / copie A3
- 2,75€ / CD-ROM (un ou plusieurs clichés radiographiques)

L'envoi est effectué en recommandé avec accusé de réception (selon poids et tarifs en vigueur).

JUSTIFICATIF A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT A VOTRE DEMANDE

- Patient/résident** : photocopie recto/verso de votre titre d'identité (carte d'identité, passeport...)
 Pour les mandataires : copie recto verso des pièces d'identité du mandant et du mandataire + mandat exprès original

Par ailleurs, j'atteste avoir pris connaissance de la notice d'information « Comment accéder au dossier médical ? » relative aux dispositions d'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé ainsi que les modalités d'envoi.

Le : / / à

Signature du demandeur :

¹ Lorsque le détenteur des informations recueillies dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques estime que la communication de ces informations au demandeur ne peut avoir lieu que par l'intermédiaire d'un médecin, il en informe l'intéressé. Si celui-ci refuse de désigner un médecin, le détenteur des informations saisit la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, qui peut également être saisie par l'intéressé. L'avis de la commission, qui s'impose au demandeur et au détenteur, leur est notifié. La saisine de la commission ne fait pas obstacle à la communication des informations si le demandeur revient sur son refus de désigner un médecin. Dans ce cas, lorsque la saisine a eu lieu, le détenteur en informe la commission.