



# DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL EN QUALITÉ DE TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE OU D'UNE PERSONNE CHARGÉE D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

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](mailto:relationusagers@ch-lens.fr) Pour le CH de Béthune-Beuvry : [relationusagers@ch-bethune.fr](mailto:relationusagers@ch-bethune.fr)  
Pour le CH d'Hénin-Beaumont : [relationusagers@ch-henin.fr](mailto:relationusagers@ch-henin.fr) Pour le CH de La Bassée : [relationusagers@ch-labasse.fr](mailto:relationusagers@ch-labasse.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

Titulaire de l'autorité parentale     Chargé d'une mesure de protection juridique avec représentation (tutelle à la personne)

Nom ..... Nom de jeune fille : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....      Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

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

Courriel : .....@.....

## IDENTITÉ DU PATIENT

Nom ..... Nom de jeune fille : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

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

## DEMANDE LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS

Éléments ci-dessous listés

**HOSPITALISATION :**

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

## MODALITÉS DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS<sup>1</sup>

- 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 délivrance de ces informations médicales est effectuée à titre gracieux : aucune facturation des coûts de reproduction et d'envoi des pièces médicales sollicitées.

La Direction se réserve toutefois la possibilité de facturer les coûts de reproduction et d'envoi des pièces médicales lorsqu'il s'agit d'une nouvelle demande de même nature dans un délai inférieur à 12 mois à compter de la première demande. Le cas échéant, les tarifs ci-après sont appliqués.

Tarifs au 1<sup>er</sup> janvier 2024 (Conformément à l'arrêté du 1<sup>er</sup> 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

- Titulaire de l'autorité parentale<sup>2</sup> : copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité + copie du livret de famille + en cas de divorce, document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale  
 Tuteur : copie recto verso d'une pièce d'identité + jugement de tutelle

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 :

<sup>1</sup> 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 (CDSP), 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.

<sup>2</sup> Sauf opposition du patient mineur (art. L. 1111-5 du Code de la santé publique)