**Formulaire de demande d’une copie de dossier médical**

*Conformément à la loi du 22 août 2002 relative à la loi sur les droits du patient*

*A adresser au Service des archives du site de Warquignies ou boussu.archives@jolimont.be*

INFO : Votre dossier médical est aussi directement accessible sur le Réseau Santé Wallon :

[*https://www.reseausantewallon.be/acces-aux-documents-par-les-patients/*](https://www.reseausantewallon.be/acces-aux-documents-par-les-patients/)

**Identité du patient** *(joindre copie recto verso de votre carte d’identité)*

Nom : …………………………………………….… Prénom : ……………….…….…………..

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

Adresse : .…………………………………………………………………………….……………

Code postal : ……………………… Localité : …….…………………………………………..

N° de téléphone : …………………………………..

**Identité du demandeur (facultatif -** *si autre que patient (joindre également copie recto verso de votre carte d’identité)*

Agissant en tant que : ❑ représentant légal (père, mère, tuteur) ❑ personne de confiance (!!! remplir verso !!!)

Nom : …………………………………………….… Prénom : ………………………….……..

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

Adresse : …………………………………………………………………………………….…………

Code postal : ……………… Localité : ………..…….…………………………………………..

Art 12 §1 Si le patient est mineur, les droits fixés par la loi sont exercés par les parents exerçants l’autorité sur le mineur ou par son tuteur

Art 12 §2 Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l’exercice de ses droits. Les droits énumérés dans la loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

Art 9 §1 A sa demande, le patient peut se faire assister d’une personne de confiance, désignée par elle-même, pour exercer son droit de copie de dossier (remplir le document au verso).

**Art 9 §4**  Après le décès du patient, l’époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu’au deuxième degré inclus ont, **par l’intermédiaire du praticien professionnel** désigné par le demandeur, **le droit de consultation**, pour autant que leur **demande soit suffisamment motivée et spécifiée** et que le patient ne s’y soit pas opposé expressément.

**Motif de la demande** :

❑ Autre médecin / hôpital

❑ Assurance ❑ Expertise ❑ Mutuelle ❑ Autre organisme : ………………………………………….

!!!! Nous attirons votre attention sur le fait que tout organisme externe peut vous demander de communiquer des pièces médicales mais uniquement en rapport avec le motif de son intervention (ex : accident, …). Merci donc de préciser ci-dessous l’objet de votre demande.

**Copie des informations médicales** :

La copie de dossier pouvant être facturée (maximum 25€), nous vous invitons à préciser l’objet de votre demande :

❑ Date : à partir du ................................................................ / du ....................... au ……..................

❑ Service / Spécialité (ex Orthopédie, pneumologie, gastroentérologie) : ...........................................................

❑ Nom du praticien  : ................................................. ❑ Rapport de consultation ❑ Rapport d’hospitalisation

❑ Radiologie : ……………………………………………... ……………………………………..………..……………….

❑ Biologie : …………………………………………………………………………………………..………..……………….

❑ Autres : ……………………………………………………………………………………………………….……………..

❑ Intégralité du dossier médical

Tous les rapports imageriques/consultation/hospitalisation, toutes spécialités confondues, + derniers rapports biologiques

**Modalité de transmission** :

Dès que votre copie de dossier est prête, vous serez contacté téléphoniquement. Votre copie est à venir retirer personnellement, moyennant paiement, à l’accueil central du site choisi ci-dessous :

□ Saint Joseph Mons □ Warquignies

**Facturation des copies de dossiers médicaux** :

Conformément à l’A.R. du 2 février 2007, la reproduction peut être facturée

|  |  |
| --- | --- |
| Texte reproduit sur support papier à partir de la 11e page | 0,10 euro par page reproduite |
| Si du texte et/ou des images sont reproduit(e)(s) sur un support numérique | 10 euros quel que soit le nombre de supports numériques fournis |
| Le coût d’une copie d’un dossier médical | Ne peut dépasser 25 euros |

Je m’engage à m’acquitter des frais relatifs à l’obtention de mon dossier.

Date : …../…../……….. Signature du patient : ……………………………………………………