

Direction du Droit des Patients – Centre Hospitalier de Bastia – BP 680 20604 Bastia Cedex Tel : 04.95.59.18.70
Mail : dossier-medical-patient@ch-bastia.fr Demande en ligne sur le site de l'établissement : www.ch-bastia.fr

ACCUEIL DU PUBLIC : uniquement le matin de 09h00 à 12h00 du lundi au vendredi

Toute demande doit impérativement être accompagnée d'un justificatif d'identité (copie recto-verso de la carte d'identité ou passeport) et de tout document attestant de votre qualité de représentant légal : copie intégrale du livret de famille (pour les patients mineurs), copie du jugement de tutelle (pour les patients majeurs sous tutelle).

Vous êtes (cocher la case correspondante) : Le patient
Le représentant légal (Pour les mineurs, majeurs sous tutelle)

Je soussigné(e) M. / Mme / Melle _____ Né(e) le : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

Mail : _____ Téléphone : _____

Si vous n'êtes pas le patient (Cocher la case correspondante) Indiquez l'identité du patient :

Nom, prénom du patient : _____ Né(e) le : _____

Date d'hospitalisation : Du _____ Au _____ Unité de Soins Concernée : _____

Date d'hospitalisation : Du _____ Au _____ Unité de Soins Concernée : _____

Date d'hospitalisation : Du _____ Au _____ Unité de Soins Concernée : _____

Date d'hospitalisation : Du _____ Au _____ Unité de Soins Concernée : _____

Nature de la demande (Cocher la ou les case(s) correspondante(s))

Compte rendu d'hospitalisation

Compte rendu Opérateur

Pièces essentielles du dossier médical (Sans le dossier infirmier)

Intégralité du dossier médical (Y compris le dossier Infirmier)

Autres documents (Radio, scanner, IRM...): à Préciser : _____

Observations Eventuelles : _____

Selon les modalités suivantes (Cocher la case correspondantes)

Retrait sur place Envoi par courrier

Désigne comme mandataire (Nom, prénom, qualité, coordonnées téléphoniques de la personne autorisée à obtenir les pièces médicales du patient) Joindre une copie recto-verso du justificatif d'identité du mandataire :

Date : _____

Signature :

Modalités de facturation

Le double du dossier médical est délivré gratuitement dans le cadre d'une première demande de dossier médical.

A partir d'une deuxième demande de dossier médical il sera payant.

Voici le détail des tarifs à l'unité :

- 0,15€ la copie
- 3,00€ le petit cliché radio
- 4,00€ le moyen cliché radio
- 5,00€ le grand cliché radio
- 2,75€ le CD ou clé USB (les scanners et IRM sont transmis sous forme de CD)
- 5,36€ pour les frais d'envoi en RAR

En cas de facturation, un avis des sommes à payer sera envoyé au domicile du demandeur accompagné des modalités de paiement. Le paiement s'effectue auprès du Trésor Public.

Rappel des modalités d'accès au dossier médical

« Conformément à la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, à la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, au décret du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé (DMP), à la loi informatique et libertés de 1978 (modifiée en 2004), puis modifiée par la loi du 7 Octobre 2016, l'ensemble des informations de santé relatives au patient, à l'occasion de son séjour, ou de sa consultation, est rassemblé dans un dossier médical (dossier patient) individuel qui est conservé dans l'établissement.

Sauf opposition justifiée du patient, ces informations médicales sont partagées entre les équipes de soins pour assurer une prise en charge optimale du patient (dossier médical partagé) et font l'objet d'un enregistrement informatique. »

Pour prendre connaissance de la totalité des modalités d'accès au dossier médical vous pouvez vous rendre à l'adresse internet suivante : www.ch-bastia.fr

Pour les demandes effectuées en ligne sur le site de l'établissement, dans le cas où vous ne recevriez pas d'accuser réception de votre demande dans les 48 heures (jours ouvrés) – contacter la direction du droit des patients - Tel : 04.95.59.18.70 et/ou mail : service.juridique@ch-bastia.fr

Je soussigné(e) _____, atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations renseignées et certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus

Date : _____

Signature :