

## FORMULAIRE B

### Demande d'une copie de document(s) du dossier médical d'autrui

#### EN CAS DE DÉCÈS DU PATIENT

- Vous pouvez introduire une demande de consultation au moyen du **formulaire C** :  
« **Demande de consultation du dossier d'un patient décédé** ».

#### EN CAS DE DEMANDE PAR LE PATIENT LUI-MÊME

- Vous pouvez introduire une demande de copie au moyen du **formulaire A** :  
« **Demande d'une copie de document(s) du dossier médical** ».

### **IDENTITÉ DU PATIENT**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : .....

Coordonnées du praticien professionnel désigné :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

### **IDENTITÉ DU DEMANDEUR**

Agissant en tant que :  représentant légal (père, mère, tuteur)  ayant droit

**Art. 12. § 1<sup>er</sup>.** Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant 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 cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : .....

## **MOTIVATION DE LA DEMANDE (OBLIGATOIRE)**

### **COPIE DES INFORMATIONS MÉDICALES**

Intégralité du dossier (remontant à un an)

Compte-rendu(s) (hospitalisation, intervention, consultations) et courriers :

Service(s) : .....

Praticien(s) : .....

Date(s) : .....

Examen(s) d'imagerie médicale (radiographie, échographie, scanner, IRM...)

Examens(s) réalisé(s) le : .....

Je souhaite recevoir le compte-rendu

Ou

Je souhaite avoir une copie des clichés sur un support numérique au prix coûtant de 10 €

Ou

Je souhaite que mon médecin traitant reçoive ces résultats.

➤ Il revient au médecin prescripteur et non au radiologue de commenter ces résultats au patient.

Examen(s) de biologie clinique réalisé(s) le : .....

➤ Les biologistes ne commentent pas au patient les résultats des analyses.

Autres documents, à préciser : .....

### **MODALITÉS DE TRANSMISSION**

Envoi à un médecin de votre choix, précisez :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Remise des copies sur place.

## **FACTURATION DES COPIES DE DOSSIERS MÉDICAUX**

Conformément à l'Arrêté Royal du 2 février 2007, la reproduction des documents peut vous être facturée.

### **Si la page reproduite de texte est fournie sur papier**

- **0,10** euros maximum par page reproduite

### **Par image reproduite**

- Montant maximal de **5** euros

### **Si du texte et/ou des images sont reproduit(e)(s) sur un support numérique**

- Montant maximal de **10** euros, quel que soit le nombre de supports numériques fourni

### **Le coût d'une copie d'un dossier médical**

- Ne peut dépasser les **25** euros

La loi relative aux droits du patient fixe à 15 jours (après réception de votre demande) le délai dans lequel il doit être donné suite à votre demande.

Toute copie supplémentaire des documents qui ont été envoyés au patient, doit être effectuée par le patient lui-même. Le CHwapi n'effectuera pas deux fois les copies pour les mêmes documents.

## **CE DOCUMENT DÛMENT COMPLÉTÉ PEUT ÊTRE RETOURNÉ:**

<b>PAR MAIL</b>	<b>OU</b>	<b>PAR COURRIER</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="mailto:copiedossiermedical@chwapi.be">copiedossiermedical@chwapi.be</a></li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• CHwapi – Site IMC Service Archives Chaussée de Saint-Amand 80 7500 TOURNAI</li></ul>

### **IMPORTANT : N'oubliez pas de joindre à la demande :**

- ✓ une copie de votre pièce d'identité afin de certifier l'identité du demandeur ;
- ✓ la photocopie de la pièce d'identité de la personne (le patient) pour laquelle vous demandez la copie du dossier ;
- ✓ tout document attestant de votre qualité de représentant légal (extrait d'acte de naissance) ou d'ayant droit du patient.

Date : .....Signature :