

## Demande de dossier médical

# Formulaire tiers

## Note explicative

### 01 | À quoi sert le formulaire « Tiers » ? Pourquoi dois-je le compléter ?

Le formulaire « Tiers » vous permet d'obtenir une copie totale ou partielle du dossier médical du patient. Vous devez alors formaliser votre demande via ce formulaire complété (daté et signé) **et** joindre également :

- une copie recto/verso de votre pièce d'identité en ordre de validité (carte d'identité, passeport) ;
- la copie de la pièce d'identité du patient ;
- un document attestant de votre qualité :
  - **De représentant légal pour un patient mineur**  
Un extrait d'acte de naissance doit être joint à votre demande. La copie de la carte d'identité du patient est facultative.  
Attention : une composition de ménage **n'est pas acceptée**. En cas de divorce ou de séparation, le parent qui effectue la demande devra joindre au formulaire une copie du jugement ou de l'acte notarié qui détermine l'autorité parentale.
  - **De mandaté**  
Si le patient est incapable de fait d'exercer ses droits, c'est le mandataire qui les exercera. Pour cela, l'institution vous demande de joindre à votre demande le mandat écrit, daté et signé du patient. La loi peut également définir un mandataire.
  - **D'administrateur de la personne**  
Si aucun mandataire n'a été désigné par le patient, c'est l'administrateur de la personne qui exercera les droits du patient. L'institution vous demande de joindre à votre demande la décision du juge de paix.  
La copie du dossier médical du patient sera alors envoyée à cet administrateur.
  - **D'ayant droit**  
Si le patient n'a désigné aucun mandataire et si aucun administrateur n'est habilité à représenter le patient, les droits de ce dernier sont exercés en ordre subsidiaire, par l'époux ou le partenaire cohabitant, l'enfant majeur, un parent, une sœur ou un frère majeur.

**IMPORTANT** : en cas de conflit entre plusieurs candidats représentants du même niveau (exemple : plusieurs enfants), l'institution fera parvenir la copie du dossier médical du patient au médecin traitant.

Une demande **incomplète** ne pourra être traitée (ex : pièce d'identité manquante, absence de signature...).

### 02 | Comment puis-je envoyer ma demande ?

Vous avez deux possibilités :

- ✓ L'envoi par mail à [copiedossiermedical@chwapi.be](mailto:copiedossiermedical@chwapi.be)
- ✓ L'envoi par courrier postal :

Service Archives - CHwapi site IMC  
80, Chaussée de Saint-Amand  
7500 TOURNAI

### 03 | Combien de temps faut-il pour que ma demande soit traitée ?

---

La loi relative aux droits du patient du 22/08/2002 fixe à 15 jours (**après réception de votre demande**) le délai dans lequel il doit être donné suite. Nous vous contacterons **par téléphone** quand vos copies seront prêtes.

En fonction des demandes reçues, nous nous efforçons de vous répondre dans un délai le plus court possible.

#### o Et si ma demande est urgente ?

Nous vous conseillons de contacter le médecin traitant du patient et de passer par le Réseau Santé Wallon (RSW). Il s'agit d'une plateforme électronique qui permettra au praticien d'accéder aux données médicales du patient. Pour plus d'informations, consultez le site [www.rsw.be](http://www.rsw.be)

**A noter :** la publication des données sur le RSW peut prendre **jusqu'à 15 jours** (à partir de la date de consultation et/ou de l'examen du patient).

### 04 | Dois-je payer pour obtenir une copie de mon dossier médical ?

---

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

### 05 | Comment puis-je récupérer la copie de mon dossier médical ?

---

Sur place, à l'accueil de l'institution : CHwapi site IMC - 80, Chaussée de Saint-Amand, 7500 TOURNAI

Pour votre information, nous préconisons une récupération en main propre. Veillez à vous munir de votre pièce d'identité **et** de l'autorisation du patient via une simple procuration (**datée et signée**) **ou** par un des formulaires disponibles dans la brochure « *Loi – Droits du patient* » du SPF Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.

Ces formulaires sont également disponibles sur nos présentoirs et également sur notre site internet [www.chwapi.be](http://www.chwapi.be)

### 06 | Est-il possible d'obtenir la copie du dossier médical du patient par e-mail ?

---

**Non**, l'envoi de données médicales par messagerie électronique au demandeur n'est pas autorisé.

### 07 | J'ai besoin de mes clichés réalisés en imagerie médicale, que puis-je faire ?

---

Vous pouvez en faire la demande via le formulaire « Patient » et obtenir un support numérique (CD-ROM). Il est également possible de se procurer les clichés depuis votre domicile via le lien repris dans le compte-rendu de votre examen. Ce lien sera actif pour une période de **six mois** à dater de la réalisation de votre examen. Au-delà, une réactivation est nécessaire.

Pour ce faire, merci de contacter le service d'imagerie médicale au +32(0)69/333 222.

### 08 | J'ai une question concernant le formulaire « Tiers »

---

Vous pouvez contacter le service Archives au +32(0)69/331 365.

# Formulaire tiers

## Demande d'une copie du dossier médical d'une autre personne

### IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone – GSM / Portable : .....

### IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Agissant en tant que :

- Personne de confiance ou mandataire
- Parent – Tuteur (pour un patient mineur)
- Autre (**précisez**) : .....

Nom : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone – GSM / Portable : ..... Mail (optionnel) : .....

Si un **administrateur de la personne** a été désigné, merci de renseigner ci-dessous les coordonnées de ce dernier :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone – GSM / Portable : ..... Mail (optionnel) : .....

### MOTIVATION DE LA DEMANDE (OBLIGATOIRE)

.....  
.....  
.....

### COPIE DES INFORMATIONS MÉDICALES

Si votre demande concerne :

- **l'intégralité (remontant à 5 ans)** du dossier médical du patient, veuillez cocher uniquement le **cadre 1**
  - une partie du dossier médical du patient, passez directement au **cadre 2**

### **Cadre 1**

- Je souhaite obtenir **l'intégralité (remontant à 5 ans)** du dossier médical du patient
  - Y compris les clichés d'Imagerie médicale sur support numérique

### **Cadre 2**

Je souhaite obtenir la copie **partielle** du dossier médical du patient :

*Merci de préciser la (les) période(s) concernée(s) :* .....

- Compte(s)-rendu(s) (hospitalisation, intervention, consultation... et courrier(s) :  
Service(s) : .....  
Praticien(s) : .....  
Date(s) : .....
- Compte(s)-rendu(s) d'examen(s) d'Imagerie médicale (radiographie, échographie, scanner, IRM...)  
réalisé(s) le : .....
  - Y compris les clichés sur support numérique **au prix coutant de 10€**
- Examen(s) de biologie clinique réalisée(s) le : .....
- Autre(s) document(s) (**à préciser**) : .....

## **ENVOI/RÉCEPTION DES COPIES**

**Attention :** un seul choix possible (en dehors de l'envoi à un administrateur de la personne désigné).

- Je souhaite récupérer la copie du dossier médical du patient à l'accueil de l'institution (je serai averti.e **par téléphone** dès que ce dernier sera prêt).
- Je souhaite que la copie du dossier médical du patient soit envoyée par courrier postal au médecin traitant :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

## **ENVOI DE LA DEMANDE**

Ce présent formulaire, complété et signé, peut être envoyé :

- ✓ L'envoi par mail à [copiedossiermedical@chwapi.be](mailto:copiedossiermedical@chwapi.be)
- ✓ L'envoi par courrier postal : Service Archives - Chwapi site IMC - 80, Chaussée de Saint-Amand, 7500  
TOURNAI

En introduisant cette demande, je certifie être en droit de procéder à une récupération des données médicales du patient mentionné ci-dessus.

Date : .....

Signature :

### **Volets réservés à l'institution**

**SEC** : Remise des copies sur place + signature récépissé **OU** envoi par courrier postal à autrui le : .....

Page(s) : ..... - CD(s) : .....

**ARC** : Reçu le : ..... | Copies déposées à l'accueil de l'institution le : .....

Récupération des copies + signature récépissé le : ..... **OU** envoi par courrier postal à autrui le .....

Page(s) : ..... - CD(s) : .....