

<p>Vous souhaitez accéder* à <b> votre dossier patient </b> ou au dossier patient de la personne suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- votre <b>enfant mineur</b> (si vous êtes son représentant légal) ;</li> <li>- le <b>majeur sous mesure de protection légale</b> que vous représentez (si vous êtes son représentant légal) ;</li> <li>- un <b>patient</b> (si vous êtes mandaté par ce dernier) ;</li> <li>- le <b>patient décédé</b> (si vous êtes successible/successeur) ;</li> <li>- le <b>patient décédé</b> (si vous êtes un ascendant/descendant/collatéral jusqu'au 4<sup>ème</sup> degré).</li> </ul>	<p>Veuillez compléter le formulaire ci-dessous et l'envoyer à l'adresse suivante accompagné des pièces justificatives :</p> <p style="text-align: center;"><b>MADAME LE DIRECTEUR</b> <b>CENTRE HOSPITALIER PRINCESSE GRACE</b> <b>1, AVENUE PASTEUR</b> <b>B.P. 489</b> <b>98012 MONACO CEDEX</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*\* Une participation aux frais est demandée. La dépense pouvant s'avérer élevée, il vous est conseillé de préciser les seuls documents que vous souhaitez faire photocopier ou dupliquer contre paiement.*

Votre identité (demandeur)	
Civilité :	<input type="checkbox"/> Mme <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> M.</span>
Nom : .....	Prénom : .....
Nom de naissance : .....	Date de naissance : .....
Adresse : .....	Code postal : .....
Commune : .....	Pays : .....
Adresse mail : .....	Téléphone fixe / Portable : .....

Identité du patient concerné par la demande (si différente du demandeur)	
Civilité :	<input type="checkbox"/> Mme <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> M.</span>
Nom : .....	Prénom : .....
Nom de naissance : .....	Date de naissance : .....
Adresse : .....	Code postal : .....
Commune : .....	Pays : .....
Adresse mail : .....	Téléphone fixe / Portable : .....

Pièces du dossier patient souhaitées	
<input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Protocoles et prescriptions thérapeutiques
<input type="checkbox"/> Comptes rendus d'intervention	<input type="checkbox"/> Dossier de soins et feuilles de surveillance
<input type="checkbox"/> Comptes rendus d'exploration	<input type="checkbox"/> Correspondances échangées entre professionnels de santé
<input type="checkbox"/> Comptes rendus de consultation	<input type="checkbox"/> Clichés d'imagerie
<input type="checkbox"/> Comptes rendus anatomo-pathologiques	<input type="checkbox"/> Résultats d'examen : .....
<input type="checkbox"/> Dossier anesthésique	<input type="checkbox"/> Résultats de biologie : .....
<input type="checkbox"/> Livret d'observations médicales	
<input type="checkbox"/> Autres pièces : .....	

*Nous vous conseillons de vous faire aider de votre médecin traitant pour identifier les documents dont vous avez besoin et formuler votre demande.*

Périodes et Services concernés par la demande	
Dates d'hospitalisation ou de consultation	Services d'hospitalisation ou de consultation

Modalités de communication	
<input type="checkbox"/> Envoi de la copie de votre dossier médical à votre domicile	
<input type="checkbox"/> Consultation sur place de votre dossier médical en présence du médecin ( <input type="checkbox"/> avec remise de copies) <i>Lors de la consultation sur place, vous pouvez venir accompagné d'une tierce personne de votre choix.</i>	
<input type="checkbox"/> Remise de la copie de votre dossier médical que vous viendrez chercher sur place en prenant rendez-vous auprès de la secrétaire médicale chargée de la communication des dossiers patient (✉ <a href="mailto:dossierpatient@chpg.mc">dossierpatient@chpg.mc</a> ☎ +377.97.98.83.94)	
<input type="checkbox"/> Envoi de la copie de votre dossier médical au médecin de votre choix (précisez ses coordonnées) :	
.....	
.....	
.....	

**Pièces justificatives à fournir (obligatoire pour que votre demande soit traitée)**

Vous êtes	Pièces justificatives à fournir
<input type="checkbox"/> <u>Le patient lui-même</u>	- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, permis de séjour) - Si vous êtes un mineur, une attestation délivrée par un médecin que vous possédez une capacité de discernement vous permettant d'exprimer votre volonté - Si vous êtes un majeur sous mesure de protection légale, une copie de votre jugement par le tribunal mentionnant que vous êtes apte d'accomplir seul ou avec l'assistance de votre représentant légal les actes relatifs à votre personne
<input type="checkbox"/> <u>Le représentant légal du mineur</u>	- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité - Une copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du patient mineur - Une copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance ou de l'ordonnance du juge tutélaire
<input type="checkbox"/> <u>Le représentant légal du majeur sous mesure de protection légale</u>	- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité - Une copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du patient sous mesure de protection légale et concerné par la demande - Une copie du jugement du tribunal mentionnant que votre assistance ou votre représentation est nécessaire concernant les actes relatifs à la personne du majeur protégé concerné
<input type="checkbox"/> <u>L'intermédiaire mandaté par le patient</u> <input type="checkbox"/> Son conjoint <input type="checkbox"/> Sa personne de confiance <input type="checkbox"/> Son médecin <input type="checkbox"/> Un de ses ascendants/descendants/frères ou sœurs	- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité - Une copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du patient concerné par la demande - Un document écrit permettant de justifier du mandat daté et signé par le patient concerné - Une copie d'une pièce prouvant la qualité du demandeur : - livret de famille ou acte de mariage pour le conjoint - désignation écrite datée et signée pour la personne de confiance - justification du lien de parenté pour l'ascendant/descendant/frère ou sœur - n°RPPS pour le médecin
<input type="checkbox"/> <u>Le successible ou successeur de la personne décédée</u> Vous devez motiver votre demande : <input type="checkbox"/> Connaître les causes de la mort <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt (*) <input type="checkbox"/> Faire valoir vos droits (*) (*) Précisez le motif de votre demande : ..... .....	- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité - Une copie de l'acte de décès - Une copie de tous documents pouvant justifier que vous êtes un successible ou un successeur de la personne décédée (livret de famille, acte notarié, ...)
<input type="checkbox"/> <u>Un ascendant, descendant ou collatéral jusqu'au 4<sup>ème</sup> degré de la personne décédée</u> Vous devez motiver votre demande : <input type="checkbox"/> Vérifier l'existence de la maladie héréditaire suivante : .....	- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité - Une copie de l'acte de décès - Une copie de tous documents prouvant le lien de parenté avec la personne décédée

Fait à .....  
 Le .....

Signature

**Remarque : les frais de participation pour la reproduction et l'envoi des documents sont à la charge du demandeur.**

**Barème en vigueur au CHPG (en €)**

<b>Envoi du dossier patient</b>	<b>Frais de reproduction et d'envoi</b>	<b>Forfait jusqu'à 20 feuilles :</b> 10 € pour les frais de reproduction et d'envoi	<b>Au-delà de 20 feuilles :</b> 0,20 centimes par page au format A4 0,30 centimes par page au format A3
		<b>CDROM :</b> Forfait de 5 € par CDROM (dont frais d'envoi)	
<b>Consultation sur place</b>	<b>Frais de reproduction</b>	<b>Reprographie :</b> 0,20 centimes par page au format A4 0,30 centimes par page au format A3	
		<b>CDROM :</b> Forfait de 2 € par CDROM	

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre site internet ([www.chpg.mc](http://www.chpg.mc)).