

Vous souhaitez accéder à votre dossier patient ou au dossier patient de la personne suivante :

- Votre **enfant mineur** (si vous êtes son représentant légal) ;
- Le **majeur sous mesure de protection légale** que vous représentez (si vous êtes son représentant légal) ;
- Un **patient** (si vous êtes mandaté par ce dernier) ;
- Le **patient décédé** (si vous êtes successible/successeur ou si vous êtes un ascendant/descendant/collatéral jusqu'au 4ème degré).

Veillez compléter le formulaire, ci-dessous, et l'envoyer à l'adresse suivante accompagné des pièces justificatives :

DIRECTION GENERALE
CENTRE HOSPITALIER PRINCESSE GRACE
 1, AVENUE PASTEUR
 B.P. 489 - 98012 MONACO CEDEX
 Mail : dossierpatient@chpg.mc
 Tél : +377 97 98 83 94

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom : Prénom :
 Nom de naissance : Date de Naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Commune : Pays :
 Adresse mail : Téléphone fixe / portable :

IDENTITE DU DEMANDEUR (SI DIFFERENT DU PATIENT)

Nom : Prénom :
 Nom de naissance : Date de Naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Commune : Pays :
 Adresse mail : Téléphone fixe / portable :

PIECES DU DOSSIER PATIENT SOUHAITEES

- | | |
|---|---|
| ☐ Comptes rendus d'hospitalisations | ☐ Comptes rendus de passage aux urgences |
| ☐ Comptes rendus opératoires | ☐ Comptes rendus de consultations |
| ☐ Consultations pré-anesthésiques | ☐ Comptes rendus d'examens |
| ☐ Comptes rendus anatomo-pathologiques | ☐ Clichés d'imagerie |
| ☐ Résultats de biologie | ☐ Autres pièces |

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

PERIODES ET SERVICES CONCERNES PAR LA DEMANDE

du :/...../..... au :/...../.....	Service :
du :/...../..... au :/...../.....	Service :
du :/...../..... au :/...../.....	Service :
du :/...../..... au :/...../.....	Service :

MODALITES DE COMMUNICATION

- ☐ Envoi de la copie de votre dossier médical par messagerie sécurisée (non applicable pour les clichés d'imagerie).
- ☐ Envoi de la copie de votre dossier médical par voie postale en RAR à votre domicile et/ou ☐ au médecin de votre choix.
 Nom/Prénom et Adresse du médecin :
- Si vous souhaitez un envoi postal, merci de choisir :** ☐ **Format papier** ou ☐ **Format CD Rom**
- ☐ Remise de la copie de votre dossier médical à récupérer au Bureau n°4 Facturation **dès que le secrétariat du dossier patient vous informera de sa disponibilité.**
- ☐ Consultation sur place de votre dossier médical en présence du médecin. Lors de la consultation, vous pouvez venir accompagné d'une tierce personne de votre choix.

Conformément à la loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR (OBLIGATOIRE POUR QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITEE)

Vous êtes	Pièces justificatives à fournir
☐ Le patient lui-même	- 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.
☐ Le représentant légal du mineur	- 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.
☐ Le représentant légal du majeur sous mesure de protection légale	- 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.
☐ L'intermédiaire mandaté par le patient : ☐ Son conjoint ☐ Son partenaire d'un contrat de vie commune ☐ Sa personne de confiance ☐ Son médecin ☐ Un de ses ascendants / descendants / frères / sœurs ☐ Son avocat	- 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 : o livret de famille ou acte de mariage pour le conjoint ; o acte authentique de contrat de vie commune ; o désignation écrite datée et signée pour la personne de confiance ; o justification du lien de parenté (ascendant/descendant/frère/sœur) ; o N° RPPS pour un médecin / Carte professionnelle pour un avocat.
☐ Le successible ou successeur de la personne décédée Vous devez motiver votre demande : ☐ Connaître les causes de la mort ☐ Défendre la mémoire du défunt (*) ☐ Faire valoir vos droits (*) (*) Préciser 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, ...).
☐ Un ascendant, descendant ou collatéral jusqu'au 4 ^{ème} degré de la personne décédée Vous devez motiver votre demande : ☐ 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.

Barème en vigueur au CHPG en Euros (€)

Envoi par mail	Gratuit	
Envoi en LRAR	Frais de reproduction et d'envoi	10€ Prix du Recommandé + 2€ toutes les 10 pages / 2€ par CD-ROM
Remise sur place	Frais de reproduction uniquement	2€ toutes les 10 pages / 2€ par CD-ROM

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

Fait à : Le :/...../.....

Signature Manuscrite :
(Pas de signature électronique)