

Comment consulter votre dossier médical ou en obtenir une copie?

Pour obtenir une copie totale ou partielle de votre dossier médical

Vous devez adresser une demande écrite à la direction médicale du CHRN à l'adresse postale - Avenue Albert 1er, 185 - 5000 Namur ou à l'adresse électronique - direction.medicale@chrsm.be.

Cette demande (formulaire en annexe) doit préciser vos coordonnées complètes et votre date de naissance. Une copie de votre carte d'identité devra être annexée.

La copie demandée sera délivrée au coût de 0.10€ par page (montant maximal facturé = 25€) conformément à la disposition légale en vigueur.

Si vous désirez que la copie de votre dossier médical soit adressée, par voie postale, à votre médecin traitant, l'envoi de celle-ci est gratuit.

Si vous désirez qu'une personne de confiance obtienne une copie de votre dossier médical, vous devez en faire la demande par écrit à l'aide du formulaire « Désignation d'une personne de confiance » mis en place par la Commission fédérale « Droits du Patient ». Une copie de sa carte d'identité devra être annexée audit formulaire.

Votre dossier médical sera envoyé sous quinzaine à dater de la réception de votre demande.

Aucune copie de pièces d'un dossier médical ne sera envoyée par une voie électronique qui ne serait pas sécurisée.

Pour consulter votre dossier médical

Vous devez adresser une demande écrite à la direction médicale du CHRN à l'adresse postale - Avenue Albert 1er, 185 - 5000 Namur ou à l'adresse électronique - direction.medicale@chrsm.be.

Dans les 15 jours suivant la réception de votre demande, le secrétariat de la Direction Médicale accusera réception de celle-ci par e-mail ou courrier et vous proposera un rendez-vous pour la consultation de votre dossier.

Votre demande (formulaire en annexe) doit préciser vos coordonnées complètes et votre date de naissance. Une copie de votre carte d'identité devra être annexée.

Nous vous recommandons de consulter votre dossier médical en présence d'un praticien professionnel de votre choix afin de faciliter la lecture de celui-ci.

Si vous désirez être assisté par une personne de confiance ou que celle-ci consulte votre dossier médical en votre nom, vous devez en faire la demande par écrit à l'aide du formulaire « Désignation d'une personne de confiance » mis en place par la Commission fédérale « Droits du Patient ». Une copie de sa carte d'identité devra être annexée audit formulaire.

Pour consulter le dossier médical d'un patient décédé

En votre qualité d'ayant droit (époux, cohabitant légal, partenaire et parents jusqu'au deuxième degré inclus), vous devez adresser une demande écrite à la direction médicale du CHRN à l'adresse postale - Avenue Albert 1er, 185 - 5000 Namur ou à l'adresse électronique - direction.medicale@chrsm.be. Vous devez apporter la preuve de votre qualité.

Votre demande (formulaire en annexe) doit préciser les coordonnées complètes et la date de naissance du patient décédé. Cette demande, justifiant votre démarche, doit être suffisamment motivée et spécifiée.

La consultation du dossier médical est possible uniquement par l'intermédiaire d'un praticien professionnel de votre choix.

Dans les 15 jours suivant la réception de votre demande, le secrétariat de la Direction Médicale accusera réception de celle-ci par e-mail ou courrier, proposera un rendez-vous au médecin désigné et vous en informera.

Nous nous réservons le droit de ne pas répondre favorablement à votre demande dans le cas où le patient s'y serait formellement opposé.

Formulaire de demande de copie du dossier médical

→ Nous vous recommandons vivement de consulter votre dossier médical en présence de votre praticien professionnel traitant (par exemple, votre médecin traitant ou un médecin du CHRN) afin de faciliter la lecture et la compréhension de celui-ci.

Identité du patient (en imprimé SVP):

CIVILITE :

DATE DE NAISSANCE :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

ADRESSE E-MAIL :

NUMERO DE TELEPHONE :

La présente demande est rédigée par :

Patient

Représentant légal

Personne de confiance

→ Si vous agissez en tant que patient, n'oubliez pas de joindre à cette demande une copie de votre carte d'identité

→ Si vous agissez en qualité de représentant légal ou de personne de confiance, n'oubliez pas de joindre à cette demande une copie de votre carte d'identité et tout autre document attestant de votre qualité (ex : formulaire de la Commission fédérale « Droits des patients » - site internet : SPF Santé Publique – Formulaire de désignation d'une personne de confiance).

Coordonnées du praticien professionnel désigné pour obtenir copie du dossier médical :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Pièces du dossier médical souhaitées : Dossier médical complet

Dossier médical partiel : spécialité
..... et pour la période du
...../...../... au /...../.....

Modalité de transmission des pièces souhaitées :

- Envoi à au praticien professionnel (ces documents seront envoyés à titre gratuit)
- Envoi à votre domicile (une facture relative au coût de la copie vous parviendra dans les prochains jours)
- À la personne de confiance citée ci-dessus. (une facture relative au coût de la copie vous parviendra dans les prochains jours)

→ Nous vous rappelons que la communication du dossier médical ne peut se faire qu'à condition que le patient ne subisse aucune pression de tiers à cet égard.

Les données médicales étant des données sensibles le prestataire professionnel de votre choix pourra vous conseiller sur la manière d'utiliser ce dossier.

Fait à, le
Signature :

Formulaire de demande de consultation du dossier médical

→ Nous vous recommandons vivement de consulter votre dossier médical en présence de votre praticien professionnel traitant (par exemple, votre médecin traitant ou un médecin du CHRN) afin de faciliter la lecture et la compréhension de celui-ci.

Identité du patient (en imprimé SVP):

CIVILITE :

DATE DE NAISSANCE :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

ADRESSE E-MAIL :

NUMERO DE TELEPHONE :

La présente demande est rédigée par :

- Patient
 Représentant légal Personne de confiance

→ Si vous agissez en tant que patient, n'oubliez pas de joindre à cette demande une copie de votre carte d'identité

→ Si vous agissez en qualité de représentant légal ou de personne de confiance, n'oubliez pas de joindre à cette demande une copie de votre carte d'identité et tout autre document attestant de votre qualité (ex : formulaire de la Commission fédérale « Droits des patients » - site internet : SPF Santé Publique – Formulaire de désignation d'une personne de confiance).

Coordonnées du praticien professionnel désigné pour consulter le dossier médical :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Consultation du dossier : Dossier médical complet
Dossier médical partiel : spécialité et pour
la période du/...../... au/...../.....

- Par le patient en compagnie d'un praticien professionnel cité ci-dessus.
 Par le patient
 Par l'intermédiaire du praticien professionnel cité ci-dessus
 En compagnie d'une personne de confiance
 Par l'intermédiaire d'une personne de confiance
 En ma qualité de parent ou tuteur d'un patient mineur (sauf si le patient mineur est apte à consulter son dossier médical de manière autonome).

Fait à, le

Signature :

Formulaire de demande de consultation du dossier médical – Patient décédé

Identité du patient (en imprimé SVP):

CIVILITE :

DATE DE NAISSANCE :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

ADRESSE E-MAIL :

NUMERO DE TELEPHONE :

Le patient est décédé le/...../.....

La présente demande est rédigée par :

Ayant droit

→ Si vous agissez en qualité d'ayant droit, n'oubliez pas de joindre à cette demande une copie de votre carte d'identité et tout autre document attestant de votre qualité

Coordonnées du praticien professionnel désigné pour consulter le dossier médical :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Consultation du dossier par l'intermédiaire du praticien professionnel cité ci-dessus:

Dossier médical complet

Dossier médical partiel : spécialité et pour la période du/...../... au/...../.....

→ Veuillez joindre impérativement au présent formulaire une demande suffisamment motivée et spécifiée justifiant votre démarche

→ Nous nous réservons le droit de ne pas répondre favorablement à votre demande dans le cas où le patient s'y serait formellement opposé.

Fait à, le

Signature :

Document à renvoyer	Délai	Facturation	Patient mineur
<p>Veillez adresser votre demande, dûment complétée, datée et signée à la Direction Médicale du CHRN à l'adresse postale - Avenue Albert 1er, 185 – 5000 Namur ou à l'adresse électronique - direction.medicale@chrsm.be.</p>	<p><u>Demande de copie :</u> La copie du dossier médical demandée sera envoyée dans les 15 jours à dater de la réception de votre demande.</p> <p><u>Demande de consultation :</u> Dans les 15 jours suivant la réception de votre demande, le secrétariat de la Direction Médicale accusera réception de celle-ci par e-mail ou courrier et vous proposera un rendez-vous pour la consultation de votre dossier.</p>	<p>-La copie demandée sera délivrée au coût de 0.10€ par page (montant maximal = 25€) conformément à la disposition légale en vigueur.</p> <p>-Si vous souhaitez obtenir une reproduction d'une imagerie médicale, un montant de 5 euros par image reproduite vous sera facturé.</p> <p>-Si une ou plusieurs pages sont reproduites sur un support numérique, un montant de 10 euros vous sera facturé.</p>	<p>Suivant l'âge et la maturité du patient mineur, celui-ci peut obtenir copie de son dossier médical de manière autonome s'il est apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.</p>