



Service d'Information Médicale

A votre service :

Jean-Christophe WOIT
Responsable f.f.

☎ : 085/27.71.73
☎ : 085/27.71.82
✉ : jeanchristophe.woit@chrh.be

SECRETARIAT S.I.M :

Maria Dolores MOLINA

☎ : 085/27.71.74
☎ : 085/27.71.82
✉ : loly.molina@chrh.be

SECRETARIAT MEDICAL :

France PIRAUX,
secrétaire médicale en chef f.f.

☎ : 085/27.71.53
☎ : 085/27.71.82
✉ : france.piroux@chrh.be

SAMI (Service d'Archivage Médical Informatisé) – DOSSIERS MEDICAUX :

☎ : 085/27.71.76 – 085/27.71.77
☎ : 085/27.71.82

RHM : DM-RHM – DI-RHM

☎ : 085/27.71.82

André LEMAIRE,
médecin coordinateur DM-RHM

☎ : 085/27.71.73
✉ : andre.lemaire@chrh.be

Josée DORN,
infirmière chargée de la coordination du DI-RHM

☎ : 085/27.71.79
✉ : josee.dorn@chrh.be

Codificateurs

☎ : 085/27.71.78

Madame,
Monsieur,

Concerne: votre demande de dossier

Conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et à la Réglementation Générale de la Protection des Données (RGPD) du 25 mai 2018, vous avez la possibilité de disposer de votre dossier patient, à votre usage ou à celui d'un médecin. La partie médicale vous sera délivrée endéans les 15 jours à dater de la réception du formulaire ci-joint complété.

Nous nous permettons d'insister sur le fait que le CHR de Huy envoie automatiquement, lors de chacune de vos visites, les principaux éléments de votre dossier médical à votre médecin traitant. En tant que détenteur de votre dossier global, il est souvent l'interlocuteur le plus adéquat pour ce type de demande et peut consulter votre dossier médical en ligne via l'application "MEDGEN" développée par le CHR de Huy ou via le Réseau Santé Wallon (www.rsw.be), à condition que vous soyez inscrit(e) préalablement.

De plus, les frais liés à l'ensemble des opérations visant à l'envoi d'un dossier sur demande du patient occasionnent une participation financière qui vous est facturée selon les modalités reprises dans l'Arrêté Royal du 2 février 2007:

| | |
|---|---|
| Page de texte reproduite su papier | 0,10 € (tvac) par page |
| Par examen(s) reproduit(s) sur CD | 5 € (tvac) le CD avec un maximum de 10 € (tvac) |
| Le coût de la copie du dossier | Ne peut dépasser 25 € (tvac) CD compris |
| Copie du dossier médical sur clé USB apportée par le(la) patient(e) | GRATUIT |

Dès lors, nous vous encourageons à définir le plus précisément possible les éléments dont vous avez besoin.

Afin de vous servir au mieux et d'enregistrer le plus correctement votre demande, nous vous demandons de bien vouloir remplir le formulaire en annexe, d'y joindre une photocopie de votre carte d'identité et de nous les communiquer:

- soit par fax au 085/27.71.82,
- soit par courrier à l'adresse suivante: Centre Hospitalier Régional de Huy - Service d'Information Médicale - rue des Trois Ponts 2 à 4500 Huy,
- soit en le remettant directement au Service d'Information Médicale, situé rue Mottet, n°7 à 4500 Huy.

En restant à votre disposition pour toute information complémentaire, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de notre considération distinguée.

Le Responsable du Service
d'Information Médicale f.f.

Jean-Christophe WOIT

FORMULAIRE DE DEMANDE

IDENTITÉ DU PATIENT:

Madame Monsieur

NOM (Nom de jeune fille): Prénom:

Date de naissance: / /

Adresse:

Code postal: Localité:

Téléphone:

Adresse e-mail:

Agissant en tant que:

Patient

Représentant légal: père mère tuteur Mandataire^(*) Personne de confiance^(*)

Si représentant légal, mandataire ou personne de confiance, compléter les rubriques suivantes:

NOM (Nom de jeune fille): Prénom:

Date de naissance: / /

Adresse:

Code postal: Localité:

Téléphone:

Adresse e-mail:

^(*) Joindre le document officiel

MOTIVATION DE LA DEMANDE ET COPIE DES INFORMATIONS DEMANDÉES

Assurance Médecin-Conseil Raisons personnelles Autres

Je désire plus précisément une copie des documents relatifs à:

ma dernière hospitalisation du / /

plusieurs hospitalisations (précisez au mieux les hospitalisations ou les spécialités médicales concernées):

.....

.....

mes consultations en ambulatoire (précisez au mieux les consultations ou les spécialités médicales concernées):

.....

.....

Je désire obtenir une copie de l'entièreté de mon dossier médical

MODALITÉ DE TRANSMISSION:

Envoi à votre domicile
(cfr. adresse supra)

Envoi à votre médecin traitant

NOM – Prénom:

Adresse:

.....

Envoi à la compagnie d'assurance

Envoi au Médecin-Conseil

Remise des copies sur place

Date: / /

Signature: