

## POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ À L'ÉGARD DES PATIENTS DU C.H.R. DE HUY

<b>INTRODUCTION</b> .....	2
<b>ARTICLE 1: À quels traitements de données s'appliquent les règles de cette convention?</b> .....	2
<b>ARTICLE 2: Quelles sont les données traitées à caractère personnel?</b> .....	3
<b>ARTICLE 3: Dans quel but sont traitées vos données à caractère personnel?</b> .....	4
<b>ARTICLE 4: Qui est le responsable du traitement de vos données à caractère personnel?</b> .....	5
<b>ARTICLE 5: Par qui sont gérées vos données à caractère personnel?</b> .....	5
<b>ARTICLE 6: Qui sont les destinataires de vos données à caractère personnel?</b> .....	5
<b>ARTICLE 7: Comment sont sécurisées vos données à caractère personnel?</b> .....	7
<b>ARTICLE 8: Combien de temps sont conservées vos données à caractère personnel?</b> .....	7
<b>ARTICLE 9: Quels sont vos droits concernant vos données à caractère personnel?</b> .....	7
<b>ARTICLE 10: Comment sont gérées les éventuelles violations de données?</b> .....	8
<b>ARTICLE 11: Vous avez encore des questions?</b> .....	9
<b>ANNEXES:</b> .....	10
• ANNEXE 1: FORMULAIRE DE DEMANDE À COMPLÉTER POUR L'OBTENTION D'UNE COPIE DE SON DOSSIER MÉDICAL.....	11
• ANNEXE 2: DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE.....	13
• ANNEXE 3: FORMULAIRE DE DEMANDE À COMPLÉTER POUR L'OBTENTION D'UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE.....	14
• ANNEXE 4: CONSENTEMENTS LIBRES ET ÉCLAIRÉS.....	16

## INTRODUCTION

La présente politique de confidentialité a été élaborée conformément à:

- la Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins (ci-dessous : la « *loi sur les hôpitaux* »);
- la Loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel;
- l'Arrêté Royal du 06 décembre 1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données doivent être communiquées au SPF Santé Publique;
- la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient;
- le RGPD (Règlement général sur la protection des données): Le Règlement UE n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/48/CE et à ses lois et arrêtés d'exécution;
- la Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique dans les soins de santé.

Cette réglementation demande une vigilance accrue dans le traitement des données personnelles des patients. A cet égard, une politique de confidentialité à l'égard des membres du personnel est mise en place au C.H.R. de HUY.

### ARTICLE 1:

#### **À quels traitements de données s'appliquent les règles de cette convention?**

Le C.H.R. de HUY (Centre Hospitalier Régional de Huy situé rue des Trois Ponts n°2 à 4500 HUY - N° d'entreprise 0237.224.881) porte un intérêt majeur à la protection de la vie privée et des données personnelles de ses patients. Il est responsable du traitement des données personnelles des patients. C'est pourquoi, il souhaite les informer au mieux sur la façon dont celles-ci sont traitées dans le cadre de l'organisation des soins et des activités de l'hôpital, tel qu'exécuté par ses agents et/ou praticiens indépendants.

## ARTICLE 2:

### Quelles sont les données traitées à caractère personnel?

Les données à caractère personnel traitées et soumises à la confidentialité au C.H.R. de HUY sont les suivantes:

<b>Données d'identification</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nom, adresse, téléphone, e-mail, sexe</li><li>- Date de naissance, lieu de naissance, nationalité</li><li>- N° registre national, N° carte identité</li><li>- N° unique patient</li><li>- Photographie</li><li>- Personne de référence</li><li>- Médecin traitant</li><li>- Localisation clinique (service...)</li></ul>
<b>Données financières et administratives</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Informations d'hospitalisation (formulaire choix de chambre)</li><li>- Facturation</li><li>- Affiliation à un organisme assureur, Mutuelle</li><li>- Compte bancaire</li></ul>
<b>Données médicales, paramédicales et infirmières</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Volet médical</li><li>- Volet infirmier</li><li>- Volet paramédical</li></ul> <div data-bbox="874 929 1441 1323" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-left: 20px;"><p><i>Données critiques (groupe sanguin, allergies) Paramètres physiques (poids, taille, ...) Motif de l'hospitalisation, diagnostics Interventions et accouchements Points d'attention infirmiers et observations Demandes et résultats (laboratoire, radiologie, électroencéphalogramme, ...) Rapports médicaux Médicaments Soins infirmiers, y compris le plan de soins Données hospitalières, cliniques, Psychiatriques minimales (Service d'Information Médicale) Notes de suivi des divers prestataires de soins</i></p></div> <ul style="list-style-type: none"><li>- Volet administration des médicaments</li></ul>
<b>Données sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Habitudes de vie, composition de ménage, convictions religieuses...</li></ul>
<b>Données nécessaires à l'exécution des objectifs fixés ou imposés par la loi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Données judiciaires</li></ul>
<b>Données du consentement libre et éclairé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recueil du consentement du patient dans sa prise en charge, que ce soit en ambulatoire, en hospitalisation (classique et de jour) programmée et en hospitalisation via le service des Urgences (<i>annexe 4</i>)</li></ul>

## ARTICLE 3:

### Dans quel but sont traitées vos données à caractère personnel?

La finalité principale est la collecte et la gestion des informations vous concernant dans le cadre de votre prise en charge médicale et de votre suivi administratif, financier et social. Il s'agit plus précisément de:

<b>Soins des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Médecine préventive/curative, diagnostic médical</li><li>- Soins paramédicaux</li></ul>
<b>Gestion des médicaments</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prescription et délivrance des médicaments</li></ul>
<b>Administratif (gestion dossier)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Facturation (séjour, traitement)</li><li>- Recouvrement/créances</li><li>- Échange d'informations organismes assureurs/mutuelles</li><li>- Gestion administrative/opérationnelle (ex : SMS rappel RDV)</li><li>- Traitement des plaintes</li><li>- Traitement de données à caractère personnel en vue de garantir la sécurité des personnes et des biens</li></ul>
<b>Prise en charge sociale</b>	
<b>Enregistrement légal</b>	Enregistrer les données médicales et de séjour des patients aux fins internes imposées par les autorités (SPF, INAMI, mutuelles – exemple : allocation des ressources par pathologies) ainsi qu'aux fins de la recherche et de la politique interne
<b>Don d'organes / composants sanguins</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Don d'organes (A.R. 10/11/2012 sur la coordination locale des donneurs)</li><li>- Composants sanguins (consentement écrit du donneur)</li></ul>
<b>Enregistrement à la Fondation registre du Cancer</b>	
<b>Déclaration acte de Naissance</b>	
<b>Qualité et sécurité des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Données diagnostiques/thérapeutiques permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins</li><li>- Gestion des événements indésirables</li><li>- Tenue des registres officiels (surveillance et amélioration continue de la qualité/sécurité des soins, des médicaments et dispositifs médicaux)</li></ul>
<b>Enregistrement scientifique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Etude épidémiologique, scientifique (ex : Hygiène Hospitalière)</li><li>- Recherche/enseignement (médecine/sciences paramédicales)</li><li>- Demande des autorités fédérales ou régionales (ex : COVID)</li></ul>

Des données à caractère personnel autres que celles nécessaires aux fins énoncées ci-avant ne seront en aucun cas traitées sans base légale appropriée dont, le cas échéant, votre consentement explicite et ces données à caractère personnel ne seront pas traitées d'une manière qui soit incompatible avec ces objectifs.

#### **ARTICLE 4:**

### **Qui est le responsable du traitement de vos données à caractère personnel?**

Le C.H.R. de HUY est juridiquement responsable du traitement de vos données à caractère personnel.

En outre, le C.H.R. de HUY fait appel à des sous-traitants dans le cadre de traitements décentralisés de données. Ceux-ci sont soumis à l'obligation de confidentialité et agissent sur instruction du C.H.R. de HUY pour le compte du C.H.R. de HUY.

#### **ARTICLE 5:**

### **Par qui sont gérées vos données à caractère personnel?**

Le traitement de vos données à caractère personnel est réalisé par les personnes agissant sous le contrôle et la responsabilité exclusifs d'un praticien professionnel dans les soins de santé.

Tous les travailleurs et collaborateurs de l'hôpital devant nécessairement avoir accès à vos données à caractère personnel aux fins de l'exécution de leurs tâches, se sont engagés à respecter les dispositions du présent règlement relatif à la protection de vos données à caractère personnel lors du traitement et de la consultation des informations vous concernant, ainsi que tous les autres principes relatifs à la protection de la vie privée. Ils respectent également leur secret professionnel ou une obligation statutaire ou contractuelle de confidentialité similaire. Enfin, les agents et les médecins du C.H.R. de HUY signent une charte de confidentialité et une charte internet dès leur entrée en fonction dans l'hôpital. Ils sont tenus également au secret professionnel tel que prévu au règlement de travail et dans l'article 458 du code pénal.

#### **ARTICLE 6:**

### **Qui sont les destinataires de vos données à caractère personnel?**

§1. Dans les limites des articles 6 et 9 du RGPD et pour autant que cela s'avère nécessaire aux fins des objectifs visés à l'article 4 du présent règlement relatif à la protection de la vie privée, les catégories suivantes de destinataires sont autorisées par le C.H.R. de HUY à consulter vos données à caractère personnel:

- les organismes de sécurité sociale, les compagnies d'assurances et autres organismes d'aide sociale pour autant que cela soit imposé par ou en vertu de la loi ou autorisé par le patient. Dans ce cadre, lorsque vous demandez de pratiquer le tiers payant avec votre assurance hospitalisation complémentaire, vous autorisez l'hôpital à transmettre par voie électronique les factures détaillées à votre assureur. Ces factures sont détaillées:
  - frais de séjour reprenant date d'entrée et de sortie, type de séjour, service d'admission et de transfert;
  - les honoraires et frais divers dont le(s) code(s) INAMI et non remboursés des prestations de soins réalisées, les honoraires forfaitaires, le(s) prestataire(s), le(s) prescripteur(s), les spécialités pharmaceutiques administrées, le(s) dispositif(s) implantable(s);
  - les montants à charge de l'organisme assureur et à charge du patient sont également communiqués;
- l'Institut National d'Assurance-maladie Invalidité pour autant que cela soit imposé par ou en vertu de la loi ou autorisé par le patient;
- les patients concernés ou leurs représentants dans les limites des dispositions visées dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient;
- les instances publiques qui y sont autorisées par une décision des autorités;
- les prestataires de soins externes du patient dans le cadre des soins des patients visés à l'article 4 du présent règlement relatif à la protection de la vie privée (exemple: SMUR, ambulance, transport adapté pour malades, bandagisteries, pharmacies);
- d'autres instances pour autant que cela soit imposé par ou en vertu de la loi (par exemple pour le don d'organe) ou autorisé par le patient;
- l'assureur de la responsabilité professionnelle de l'hôpital ou du praticien désigné par l'hôpital, par l'intermédiaire de son courtier en assurance et ce, sans l'autorisation du patient, pour autant que cette communication soit nécessaire pour la résolution d'une procédure amiable, la défense d'un droit en justice ou pour initier, exercer ou étayer une action en justice;
- les sous-traitants externes auxquels le C.H.R. de HUY fait appel pour le traitement des données à caractère personnel et pour lesquels des garanties appropriées sont en place quant à la protection des données à caractère personnel;
- à la demande du patient, après information et consentement explicite de ce dernier, toute personne autorisée.

§2. À l'exception des cas visés au §1er du présent article, seules des données anonymisées peuvent être échangées avec d'autres personnes et instances.

## **ARTICLE 7:**

### **Comment sont sécurisées vos données à caractère personnel?**

Toutes les mesures nécessaires sont prises afin d'améliorer l'exactitude et la complétude des données enregistrées. De même, les mesures techniques et organisationnelles nécessaires sont prises afin de sécuriser les fichiers des patients contre la perte, la modification, l'endommagement des données et contre toute consultation non autorisée. Les programmes informatisés sont équipés d'un contrôle d'accès et une liste des identifications d'accès aux données patients peut être publiée a posteriori.

Des tests d'intrusion sont réalisés afin de vérifier le niveau de sécurité de notre système d'information. Les principales méthodes de sécurisation utilisées sont les suivantes:

- backup sur support magnétique (disques ou bandes) stockés dans un bâtiment extérieur aux salles informatiques principales et chez un partenaire agréé,
- conservation sur système d'archivage sécurisé,
- stockage sur SAN (Storage Area Network) ou NAS (Network Attached Storage) répliqué.

De plus, les mesures de sécurisation physiques des lieux où se trouvent les données sauvegardées sont prises (locaux identifiés et protégés, accès limité, dispositifs de prévention de traitement des dangers physiques tels que les incendies (extinction automatique)).

Le C.H.R. de HUY s'engage, dans ce cadre, à mettre en œuvre une politique et des mesures de sécurité appropriées en matière de protection des données.

## **ARTICLE 8:**

### **Combien de temps sont conservées vos données à caractère personnel?**

En tenant compte des éventuelles dispositions légales, un délai de conservation minimal s'appliquera aux données à caractère personnel autorisant une identification et ce, à compter de la dernière sortie d'hôpital ou du dernier traitement du patient.

Les données reprises dans le dossier patient sont conservées minimum 20 ans (dossier infirmier) et 30 ans (dossier médical) après la dernière visite du patient. Il s'agit d'une obligation légale de conservation.

A cet égard, une politique de conservation et de destruction des documents ainsi que des données patients à destination du personnel du C.H.R. de Huy a été mise en place dans l'institution.

## **ARTICLE 9:**

### **Quels sont vos droits concernant vos données à caractère personnel?**

Le patient dispose des droits suivants, qu'il exerce directement ou par l'intermédiaire de son représentant légal:

- savoir s'il existe ou non un ou des traitements de données personnelles le concernant;
- obtenir les informations suivantes:
  - les finalités de traitement des données,
  - les catégories de données concernées,
  - leur durée de conservation,
  - les catégories de destinataires auxquels les données sont transmises,
  - la source des données personnelles s'il ne s'agit pas du patient lui-même;
- consulter et obtenir une copie des données traitées (sous certaines conditions définies par la loi);
- rectifier ou effacer tout ou une partie des données (sous certaines conditions définies par la loi);
- s'opposer au traitement ou retirer son consentement (sous certaines conditions définies par la loi).

Pour exercer ses droits, le patient ou son représentant légal peut programmer un rendez-vous ou prendre contact avec le service d'information médicale.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prévoit que les patients ont le droit d'obtenir une copie de leur dossier médical (à l'exception des annotations personnelles du médecin).

La copie doit être mise à disposition du demandeur **dans les 15 jours** à dater de la réception de la demande (**annexe 1**).

La consultation par un tiers exige que le patient ait désigné par écrit ce tiers comme personne de confiance (**annexe 2**).

Après le décès d'une personne, la consultation du dossier (ou l'obtention de la copie) doit être motivée et ne peut être accordée qu'à un médecin désigné (**annexe 3**).

Toute demande concernant le traitement de vos données personnelles par le C.H.R. de HUY doit être adressée au délégué à la protection des données (DPO) nommé au sein du C.H.R. de HUY. Ce poste est occupé par M. COSTARD Philippe (SANTHEA). Cette personne peut être contactée par chaque patient pour toute question concernant le traitement de ses données personnelles (à l'exception des demandes d'exercices de droits) via l'adresse e-mail suivante: [philippe.costard@santhea.be](mailto:philippe.costard@santhea.be)

## ARTICLE 10:

### Comment sont gérées les éventuelles violations de données?

Toute personne constatant une violation, une fuite ou une perte de données à caractère personnel doit en avvertir le C.H.R. de HUY par l'intermédiaire du délégué à la protection désigné en son sein, M. COSTARD Philippe (SANTHEA) ([philippe.costard@santhea.be](mailto:philippe.costard@santhea.be)), le plus rapidement possible et en fournissant le maximum d'informations.

Vous avez également le droit d'introduire une plainte auprès de l'autorité de protection des données: <https://www.autoriteprotectiondonnees.be>

Le C.H.R. de HUY prendra ensuite les dispositions requises:

- instruction, évaluation et suivi de l'incident,
- prises de mesures devant remédier à la fuite de données; prévenir ou réduire les conséquences de l'incident,
- notification à l'Autorité de Protection des données le cas échéant,
- communication aux personnes concernées le cas échéant,
- prendre les mesures nécessaires permettant de prévenir les incidents à l'avenir.

## **ARTICLE 11:**

### **Vous avez encore des questions?**

Nous vous invitons à prendre contact avec le délégué à la protection des données (DPO) désigné au sein du C.H.R. de HUY à l'adresse suivante: [philippe.costard@santhea.be](mailto:philippe.costard@santhea.be)

## **ANNEXES:**

**ANNEXE 1: FORMULAIRE DE DEMANDE À COMPLÉTER POUR L'OBTENTION D'UNE COPIE DE SON DOSSIER MÉDICAL**

**ANNEXE 2: DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

**ANNEXE 3: FORMULAIRE DE DEMANDE À COMPLÉTER POUR L'OBTENTION D'UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE**

**ANNEXE 4: CONSENTEMENTS LIBRES ET ÉCLAIRÉS**

**FORMULAIRE DE DEMANDE À COMPLÉTER POUR L'OBTENTION  
D'UNE COPIE DE SON DOSSIER MÉDICAL**

Formulaire de demande de dossier pour une personne décédée

**Votre correspondant(e):**

Huy, le

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 pourrait vous être facturée selon les modalités reprises dans l'Arrêté Royal du 2 février 2007:

Page de texte reproduite sur 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)	<b>GRATUIT</b>

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 e-mail à l'adresse suivante: sami@chrh.be
- 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.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le Service d'Information Médicale au n° suivant: ☎ **085 27 71 76 ou 085 27 71 77.**

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

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

Jean-Christophe WOIT



A votre service :

**Jean-Christophe WOIT**  
**Responsable f.f.**

☎ : 085/27.71.73

✉ : jeanchristophe.woit@chrh.be

SECRETARIAT S.I.M :**Maria Dolores MOLINA**

☎ : 085/27.71.74

✉ : loly.molina@chrh.be

SECRETARIAT MEDICAL :**France PIRAUX,**  
**secrétaire médicale en chef**

☎ : 085/27.71.53

✉ : france.piroux@chrh.be

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

☎ : 085/27.71.76 – 085/27.71.77

RHM : DM-RHM – DI-RHM**André LEMAIRE,**  
**médecin coordinateur DM-RHM**

☎ : 085/27.71.73

✉ : andre.lemaire@chrh.be

**Françoise SOEUR,**  
**infirmière chargée de la**  
**coordination du DI-RHM**

☎ : 085/27.71.79

✉ : francoise.soeur@chrh.be

**Codificateurs**

☎ : 085/27.71.78

## 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:**

**DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

Je soussigné(e), ..... (Nom et prénom du patient), désigne ci-après la personne suivante comme ma personne de confiance qui peut également, en dehors de ma présence, exercer les droits suivants:

• **s'informer sur mon état de santé et son évolution probable**

Période: .....  
(p.ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p.ex. le médecin généraliste, ...):  
.....

• **consulter mon dossier patient**

Période: .....  
(p.ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p.ex. le médecin généraliste, ...):  
.....

• **demander une copie de mon dossier patient**

Période: .....  
(p.ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p.ex. le médecin généraliste, ...):  
.....

**IDENTITÉ DU PATIENT:**

- Adresse: .....
- N° de téléphone: ..... Date de naissance: .... / .... / .....

**IDENTITÉ DE LA PERSONNE DE CONFIANCE:**

- Nom et prénom: .....
- Adresse: .....
- N° de téléphone: ..... Date de naissance: .... / .... / .....

Fait à ....., le (Date): .... / .... / ....

*Signature du patient:*

**Recommandation:** il est recommandé de rédiger ce formulaire en trois exemplaires. Un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un par le praticien chez qui la personne de confiance, sans la présence du patient, reçoit l'information, consulte le dossier ou peut faire une copie du dossier.

**Information:** Le patient peut à tout moment faire savoir au praticien que la personne de confiance ne peut agir comme repris ci-dessus.

Ce document a été édité sur base du formulaire de la Commission Fédérale "Droits du patient" (23 juin 2006) – Direction Générale Organisation des Etablissements de Soins – Service fédéral SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

**FORMULAIRE DE DEMANDE À COMPLÉTER POUR L'OBTENTION  
D'UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE**

Formulaire de demande de dossier pour une personne décédée

**Votre correspondant(e):**

Huy, le

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL  
POUR UNE PERSONNE DÉCÉDÉE**

A votre service :

**Jean-Christophe WOIT**  
**Responsable f.f.**

☎ : 085/27.71.73

✉ : jeanchristophe.woit@chrh.be

SECRETARIAT S.I.M :**Maria Dolores MOLINA**

☎ : 085/27.71.74

✉ : loly.molina@chrh.be

SECRETARIAT MEDICAL :**France PIRAUX,**  
**secrétaire médicale en chef**

☎ : 085/27.71.53

✉ : france.piroux@chrh.be

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

☎ : 085/27.71.76 – 085/27.71.77

RHM : DM-RHM – DI-RHM**André LEMAIRE,**  
**médecin coordinateur DM-RHM**

☎ : 085/27.71.73

✉ : andre.lemaire@chrh.be

**Françoise SOEUR,**  
**infirmière chargée de la**  
**coordination du DI-RHM**

☎ : 085/27.71.79

✉ : francoise.soeur@chrh.be

**Codificateurs**

☎ : 085/27.71.78

Depuis 2002, la Belgique dispose d'une loi relative aux droits du patient. Celle-ci précise les caractéristiques de la relation entre le patient et le praticien professionnel et vise à améliorer la qualité des prestations de soins de santé.

**Comment les proches de la personne décédée peuvent-ils accéder au dossier médical ?**

Si le patient ne s'y est pas opposé de son vivant, l'époux, le partenaire, les parents, les enfants, les frères et sœurs, les grands-parents et les petits-enfants qui invoquent des motifs valables (ex. suspicion d'une faute médicale, dépister des antécédents familiaux) peuvent désigner un praticien (ex. médecin de famille) qui consultera le dossier du défunt avec les annotations personnelles.

C'est pour protéger la vie privée du patient que la consultation est indirecte et qu'elle se limite aux données directement liées aux raisons invoquées par les proches.

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 e-mail à l'adresse suivante: sami@chrh.be
- 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, 7 à 4500 Huy.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le Service d'Information Médicale au n° suivant: ☎ **085 27 71 76 ou 085 27 71 77.**

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

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

Jean-Christophe WOIT

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL  
POUR UNE PERSONNE DÉCÉDÉE**

DATE : ..... / ..... / .....

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE DÉCÉDÉE**

Nom et prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... - Date du décès : ..... / ..... / .....

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR  
DU DOSSIER MÉDICAL DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE**

Nom et prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

N° téléphone / GSM : .....

Lien de parenté avec la personne décédée :

- |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Epoux / Epouse | <input type="checkbox"/> Partenaire     | <input type="checkbox"/> Parents |
| <input type="checkbox"/> Enfants        | <input type="checkbox"/> Frère(s)       | <input type="checkbox"/> Sœur(s) |
| <input type="checkbox"/> Grands-parents | <input type="checkbox"/> Petits-enfants |                                  |

**Médecin désigné pour la consultation du dossier médical de la personne décédée :**

Docteur .....

Adresse

.....

N° téléphone / GSM : .....

**Raisons pour lesquelles vous souhaitez de plus amples informations sur le dossier médical de la personne décédée :**

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

Signature :

**CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE HUY**

Siège social : rue des Trois Ponts, 2 – 4500 HUY - ☎ 085/27.21.11 – Fax : 085/27.22.22 – www.chrh.be  
Belfius : BE88 0910 1147 6341 – BIC : GKCCBEBB



Étiquette patient  
Réf. : 0201-089-0

Date : ..... / ..... / .....

**CONSETEMENT ÉCLAIRÉ**

Je soussigné, Madame, Monsieur, ..... né(e) le ..... déclare avoir reçu les renseignements adéquats de la part du Docteur..... concernant .....

Le médecin m'a donné les explications précises et compréhensibles concernant mon état de santé et j'ai reçu les informations concernant la nature et le but : de l'intervention / l'examen / du traitement proposé ainsi que les différents risques et complications éventuels à court, moyen et à long termes.

Il m'a également donné les explications concernant les alternatives, avec leurs avantages et inconvénients. J'ai également été informé(e) qu'en fonction de circonstances inattendues, il pourrait être nécessaire de modifier ou de réaliser des explorations différentes de celles qui avaient été programmées dans un premier temps.

J'ai eu l'opportunité de poser les questions que je voulais et le médecin m'a répondu de façon claire et compréhensible.

J'ai également été informé(e) que je peux disposer d'un délai de réflexion supplémentaire et revoir le praticien en cas de questions complémentaires.

Je donne mon accord pour la réalisation : de l'intervention / l'examen / du traitement qui sera pratiqué par le Docteur .....

De mon côté, j'ai transmis au médecin tous les renseignements connus concernant mon état de santé et le traitement médicamenteux en cours.

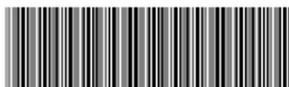
Je m'engage à remplir ce document et à le remettre lors de mon admission à l'hôpital.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du patient  
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Signature du médecin

Ce document doit être signé par vos soins et remis à un membre de l'équipe médicale lors de l'admission pour être joint au dossier médical.



Centre Hospitalier Régional de Huy  
Association Intercommunale – Société Coopérative à responsabilité limitée  
Siège social : rue des Trois Ponts, 2 – 4500 HUY  
Tél. : 085/27 21 11 – Fax : 085 27 22 22 – BELFIUS : BE88 0910 1147



Étiquette patient  
Réf. : 0201-092-0

Date : ..... / ..... / .....

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ pour un patient INAPTE\***  
(temporairement ou définitivement)

\* « inapte » : qui manque totalement de qualités, de capacités nécessaires pour faire quelque chose. Le patient inapte est assimilé au patient incapable, défini par la loi.

Je soussigné, Madame, Monsieur, ....., représentant légal de ....., né(e) le ....., déclare avoir reçu les renseignements adéquats de la part du Docteur ..... concernant .....

Le médecin m'a donné les explications précises et compréhensibles concernant l'état de santé du patient et j'ai reçu les informations concernant la nature et le but : de l'intervention / l'examen / du traitement proposé ainsi que les différents risques et complications éventuels à court, moyen et à long termes.

Il m'a également donné les explications concernant les alternatives, avec leurs avantages et inconvénients. J'ai également été informé(e) qu'en fonction de circonstances inattendues, il pourrait être nécessaire de modifier ou de réaliser des explorations différentes de celles qui avaient été programmées dans un premier temps.

J'ai eu l'opportunité de poser les questions que je voulais et le médecin m'a répondu de façon claire et compréhensible.

J'ai également été informé(e) que je peux disposer d'un délai de réflexion supplémentaire et revoir le praticien en cas de questions complémentaires.

Je donne mon accord pour la réalisation : de l'intervention / l'examen / du traitement qui sera pratiqué par le Docteur .....

De mon côté, j'ai transmis au médecin tous les renseignements connus concernant l'état de santé du patient et le traitement médicamenteux en cours.

Je m'engage à remplir ce document et à le remettre lors de l'admission du patient à l'hôpital.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du représentant légal  
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Signature du médecin

Nom et prénom du représentant légal : .....

Adresse : .....

Lien avec le patient : ..... N° de téléphone : .....

Ce document doit être signé par vos soins et remis à un membre de l'équipe médicale lors de l'admission pour être joint au dossier médical.



**Centre Hospitalier Régional de Huy**  
Association Intercommunale – Société Coopérative à responsabilité limitée  
Siège social : rue des Trois-Points, 2 – 4500 HUY  
Tél. : 085/27 21 11 – Fax : 085 27 22 22 – BELFIUS : BE88 0910 1147



Étiquette patient  
Réf. : 0201-093-0

Date : ..... / ..... / .....

### CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ pour un patient mineur

Je soussigné, Madame, Monsieur, ....., parent / tuteur de ..... né(e) le ....., déclare avoir reçu les renseignements adéquats de la part du Docteur ..... concernant .....

Le médecin m'a donné les explications précises et compréhensibles concernant l'état de santé du patient mineur et j'ai reçu les informations concernant la nature et le but : de l'intervention / l'examen / du traitement proposé ainsi que les différents risques et complications éventuels à court, moyen et à long termes.

Il m'a également donné les explications concernant les alternatives, avec leurs avantages et inconvénients. J'ai également été informé(e) qu'en fonction de circonstances inattendues, il pourrait être nécessaire de modifier ou de réaliser des explorations différentes de celles qui avaient été programmées dans un premier temps.

J'ai eu l'opportunité de poser les questions que je voulais et le médecin m'a répondu de façon claire et compréhensible.

J'ai également été informé(e) que je peux disposer d'un délai de réflexion supplémentaire et revoir le praticien en cas de questions complémentaires.

Je donne mon accord pour la réalisation : de l'intervention / l'examen / du traitement qui sera pratiqué par le Docteur .....

De mon côté, j'ai transmis au médecin tous les renseignements connus concernant l'état de santé du patient mineur et le traitement médicamenteux en cours.

Je m'engage à remplir ce document et à le remettre lors de l'admission du patient mineur à l'hôpital.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du parent/tuteur  
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Signature du médecin

Nom et prénom du parent/tuteur : .....  
Adresse : .....  
N° de téléphone : .....

Ce document doit être signé par vos soins et remis à un membre de l'équipe médicale lors de l'admission pour être joint au dossier médical.



**Centre Hospitalier Régional de Huy**  
Association Intercommunale – Société Coopérative à responsabilité limitée  
Siège social : rue des Trois Portes, 2 – 4500 HUY  
Tél. : 085/27 21 11 – Fax : 085 27 22 22 – BELFIUS : BE88 0910 1147