

Formulaire de demande de dossier médical

Votre correspondant(e):

Huy, le

**Service d'Information Médicale**

A votre service:

Jean-Christophe WOIT
Responsable f.f.

☎ 085/27.71.73

✉ jeanchristophe.woit@chrh.be

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

☎ 085/27.71.74

✉ loly.molina@chrh.be

SECRÉTARIAT MÉDICAL:**France PIRAUX,**
secrétaire médicale en chef

☎ 085/27.71.53

✉ france.piraux@chrh.be

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

☎ 085/27.71.76 – 085/27.71.77

✉ sami@chrh.be

RHM : DM-RHM – DI-RHM**André le Maire,**
médecin coordinateur DM-RHM

☎ 085/27.71.73

✉ andre.lemaire@chrh.be

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

☎ 085/27.71.79

✉ francoise.soeur@chrh.be

Codificateurs

☎ 085/27.71.78

Madame,
Monsieur,**Concerne: votre demande de dossier médical**

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.

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:

- 1) de bien vouloir remplir le formulaire de demande en annexe,
- 2) de joindre une photocopie de votre carte d'identité,
- 3) de définir le plus précisément possible les éléments dont vous avez besoin,
- 4) et de nous les communiquer:
 - soit par e-mail à l'adresse suivante: sami@chrh.be
 - soit par courrier postal 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.

.../...

Dans le cadre de notre politique de confidentialité à l'égard des patients, il ne nous est pas possible de vous envoyer votre dossier médical par e-mail.

Les moyens de transmission de votre dossier médical sont les suivants:

- Pour des raisons d'organisation, de sécurité et d'écologie, nous privilégions la remise du dossier sur clé USB apportée par le patient dans son emballage d'origine. A défaut de clé USB, une copie papier de votre dossier médical peut vous être remise.
- Vous pouvez venir chercher votre dossier directement au Service d'Information Médicale, situé rue Mottet 7 à 4500 Huy entre 8 heures et 16 heures.
- Nous pouvons vous l'envoyer par courrier postal.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le Service d'Information Médicale au ☎ **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

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:** Je me rendrai au Service d'Information Médicale, situé rue Mottet, 7 à 4500 HUY, entre 8 h et 16 h pour récupérer le dossier: avec une clé USB (dans son emballage d'origine) pour pouvoir y transférer le dossier sans clé USB. Par conséquent, je souhaite une copie papier. Je souhaite recevoir le dossier par courrier postal (cfr. Adresse supra). Je souhaite que le dossier soit envoyé à mon médecin traitant: Nom – Prénom:

Adresse:

 Je souhaite que le dossier soit envoyé à la compagnie d'assurance: Nom:

Adresse:

 Je souhaite que le dossier soit envoyé au Médecin-Conseil: Nom – Prénom:

Adresse:

Date: / /**Signature:**