

CHP - Demande copie ou consultation du dossier médical du patient décédé par son représentant

Annexe - Référence : GED-AN-01999 - Version* : 003

Se rapporte à la procédure : Obtention d'une copie de documents du dossier médical - [GED-PRO-02245](#)

En vertu de la loi des Droits du patient du 22/08/2002 telle que modifiée, et plus particulièrement de l'article 9 § 3, 4 et 4/1

Coordonnées du patient décédé

Nom : Prénom :

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

Le patient décédé était :

- ☐ Majeur
 - Seule la consultation indirecte¹ est possible (complétez le point 1)
- ☐ Mineur
 - Pour une consultation directe par le demandeur ou indirecte¹ (complétez le point 2)
 - Pour une demande de copie (complétez le point 3)

Coordonnées du demandeur

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... tél/GSM :

Adresse : rue N° Boîte
CP Localité

Joindre une photocopie de la carte d'identité (recto-verso) en ordre de validité et tout autre document attestant de votre qualité en tant que :

- ☐ Représentant légal (père, mère, tuteur, parent d'accueil)
- ☐ Administrateur de la personne
- ☐ Les parents jusqu'au deuxième degré
- ☐ Ayant droit

Date/...../.....

Signature

La date et l'heure du rendez-vous seront communiquées suite à un appel du Secrétariat de Direction

En cas de demande acceptée : le RGPD ne s'applique pas aux données à caractère personnel des personnes décédées

¹ Cela signifie qu'un professionnel des soins de santé sera désigné par le demandeur pour se présenter sur place et consulter la partie du dossier qui aura été demandée.

1. Demande de consultation du dossier pour un patient **majeur** décédé, Art 9 §4

Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, **par l'intermédiaire du professionnel de soins de santé** désigné par le demandeur, le droit de consultation, pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément.

MOTIVATION DE LA DEMANDE (OBLIGATOIRE) :

.....

.....

.....

COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL DES SOINS DE SANTÉ DÉSIGNÉ :

Nom : Prénom :
tél/GSM :
Adresse : rue N° Boîte
CP Localité

2. Demande de consultation du dossier pour un patient **mineur** décédé, Art 9 §4/1

Après le décès d'un patient mineur visé à l'article 12, la personne qui au moment du décès du patient agissait en tant que représentant de ce dernier conformément à l'article 12, § 1^{er}, et les parents du patient jusqu'au deuxième degré inclus sont autorisés, sans préjudice de l'article 15, § 1^{er}, à exercer le droit de consultation visé au § 2. La demande des parents du patient jusqu'au deuxième degré inclus est suffisamment motivée et spécifiée.

☐ **DIRECTE**

MOTIVATION DE LA DEMANDE (OBLIGATOIRE uniquement pour les parents au-delà du deuxième degré) :

.....

.....

.....

En référence à l'Article 15 § 1 de la loi du 22/08/2002 des Droits du patient : en vue de la protection de la vie privée du patient, la consultation ou une copie (entière ou partielle) peut être refusée à un représentant. Dans ce cas, ce droit peut être exercé par un praticien désigné par le représentant (consultation indirecte).

☐ **INDIRECTE**

COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL DES SOINS DE SANTÉ DÉSIGNÉ :

Nom : Prénom :
tél/GSM :
Adresse : rue N° Boîte
CP Localité

3. Demande de copie du dossier pour le patient **mineur décédé, Art 9 §4/1**

- ☐ Dans son entièreté
- ☐ La partie relative :
 - ☐ À la période d'hospitalisation en date du/...../.....
 - ☐ À la consultation du Dr en date du/...../.....

MOTIVATION DE LA DEMANDE (OBLIGATOIRE uniquement pour les parents au-delà du deuxième degré) :

.....

.....

.....

Sous format papier (si plus de 200 pages, vous serez invité.e à les reprendre à l'Accueil)

Aucune information n'est communiquée par fax, courrier électronique, ou même au téléphone (Cf. la sécurisation des traitements des données de santé)

En référence à l'Article 15 § 1 de la loi du 22/08/2002 des Droits du patient : en vue de la protection de la vie privée du patient, la consultation ou une copie (entière ou partielle) peut être refusée à un représentant. Dans ce cas, ce droit peut être exercé par un praticien désigné par le représentant.

COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL DES SOINS DE SANTÉ DÉSIGNÉ :

Nom :	Prénom :		
Adresse : rue	N°		Boîte
CP	Localité		

La présente demande peut être envoyée :

Formulaire disponible sur le site internet du CHP Chêne aux Haies, ou sur place, à l'Accueil

- ☐ Par mail : demande-dossier-medical@chpchene.be
- ☐ Par envoi postal au CHP Chêne aux Haies, Secrétariat de la Direction Médicale, chemin du Chêne aux Haies 24 à 7000 Mons
- ☐ En déposant, à l'Accueil, la demande adressée au Secrétariat de la Direction Médicale

L'hôpital dispose d'un délai de 15 jours ouvrables dès réception d'une demande valide.