En vertu de l'article 9 § 4 et 4/1 de la loi Droits du patient modifiée au 06/02/24 et entrée en vigueur au 04/03/24

Se rapporte à la procédure de demande de copie - MEDI-PRO-003-

1. Coordonnées du patient

NOM : ……

PRÉNOM : ……

DATE DE NAISSANCE : ……

ADRESSE : N° ……... BTE …… RUE ……..

CP …… LOCALITÉ ……

Le patient décédé était :

☐ Majeur
- Seule la consultation indirecte[1] est possible (remplir les points 2 et 3-1)

☐ Mineur
- Pour une consultation directe ou indirecte[1] (remplir les points 2 et 3-2)
- Pour une demande de copie (remplir les points 2 et 4)

2. Coordonnées du demandeur

NOM : ……

PRÉNOM : ……

DATE DE NAISSANCE : …… TÉL./GSM : ……..

ADRESSE : N° ……... BTE …… RUE ……..

CP …… LOCALITÉ ……

Joindre la copie de la carte d'identité (recto-verso) en ordre de validité ou tout document attestant de votre qualité en tant que :

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

Date + signature : ……...

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

Vos données sont traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des données à caractère personnel (Règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016).

3. Demande de consultation du dossier/résultats

3-1 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 ET PRÉNOM : ……

DATE DE NAISSANCE : …… TÉL./GSM : ……..

ADRESSE : N° ……... BTE …… RUE ……..

CP …… LOCALITÉ ……

Suite à un courrier de la Direction médicale, vous serez invité(e) à contacter le Secrétariat de Direction afin de convenir du jour et de l'heure du rendez-vous.

3-2 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, § 1er, et les parents du patient jusqu'au deuxième degré inclus sont autorisés, sans préjudice de l'article 15, § 1er, 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 jusqu'au deuxième degré) :

……

……

Suite à un courrier de la Direction médicale, vous serez invité(e) à contacter le Secrétariat de Direction afin de convenir du jour et de l'heure du rendez-vous.

☐ **INDIRECTE**[2]

COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL DES SOINS DE SANTÉ DÉSIGNÉ :

NOM ET PRÉNOM : ……

DATE DE NAISSANCE : …… TÉL./GSM : ……..

ADRESSE : N° ……... BTE …… RUE ……..

CP …… LOCALITÉ ……

Suite à un courrier de la Direction médicale, vous serez invité(e) à contacter le Secrétariat de Direction afin de convenir du jour et de l'heure du rendez-vous.

[2] En référence à l'Article 15 § 1 : En vue de protéger la vie privée du patient, le professionnel des soins de santé peut refuser en tout ou en partie la consultation directe du dossier du mineur décédé. Dans ce cas, un accès indirect au dossier (via un professionnel des soins de santé) est possible.

Vos données sont traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des données à caractère personnel (Règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016).

4. Demande de copie[3] du dossier/résultats

Pour un patient mineur décédé, Art 9 §4/1

- ☐ Dans son entièreté
- ☐ La partie relative au compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation, de consultation (date et service à préciser) :……
  ……

MOTIVATION DE LA DEMANDE (OBLIGATOIRE uniquement pour les parents jusqu'au deuxième degré) :

……

……

Copie demandée (merci de préciser le format souhaité – un seul choix possible) **:**

- ☐ En version papier
- ☐ En version électronique

Il n'y aura aucun envoi de copies sur une adresse mail[4]

Dans le cas où la copie doit être envoyée à un professionnel des soins de santé, merci d'indiquer ses coordonnées :

NOM ET PRÉNOM : ……

DATE DE NAISSANCE : …… TÉL./GSM : ……..

ADRESSE : N° ……... BTE …… RUE ……..

CP …… LOCALITÉ ……

5. Modalités d'envoi de la demande

- ☐ Par envoi postal au CHU HELORA, Site Kennedy, Direction médicale, Bd Kennedy 2, 7000 MONS.
- ☐ En déposant la demande à l'Accueil Général à l'attention de la Direction médicale.
- ☐ Par mail :
  copiedossiermedicalkennedy@helora.be
  consultationdossiermedicalkennedy@helora.be

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

[3] En référence à l'Article 15 § 1 : En vue de protéger la vie privée du patient, le professionnel des soins de santé peut refuser en tout ou en partie l'octroi de copie du dossier du mineur décédé. Dans ce cas, un accès indirect au dossier (via un professionnel des soins de santé) est possible.

[4] Cf. Article 18, de la loi révisée, relatif à la sécurisation des traitements des données de santé.
Vos données sont traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des données à caractère personnel (Règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016).