

# ACCES AU DOSSIER MEDICAL

## **PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE**

M<sup>me</sup>    M<sup>lle</sup>    M<sup>r</sup>   Nom : .....   Nom de naissance : .....  
 Prénom : .....  
 Demeurant : .....  
 Code postal : .....   Commune : .....  
 Date de naissance : .....   Lieu de naissance : .....  
 Le patient est-il décédé ?    Non    Oui   Le : .....

## **DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUEE PAR LE PATIENT**

A Transmettre	Documents à joindre à la demande
<input type="checkbox"/> à vous-même <input type="checkbox"/> à votre médecin <input type="checkbox"/> à une personne mandatée par vos soins	→ Copie resto/verso d'une pièce d'identité valide pour : - Le demandeur - La personne mandatée
Coordonnées : ..... ..... .....	

## **DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUEE PAR UN TIERS**

Demandeur	Conditions	Documents à joindre à la demande
<input type="checkbox"/> Un ayant droit Un concubin Un partenaire d'un PACS	Uniquement pour une personne décédée	→ Copie resto/verso d'une pièce d'identité valide du ou des demandeurs → <b>Pour le conjoint survivant et les enfants</b> : copie du livret de famille → <b>Pour le partenaire d'un PACS</b> : extrait récent d'un acte de naissance → <b>Pour les autres demandeurs</b> : acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de la qualité d'ayant-droit ou certificat d'hérédité ou preuve de concubinage
<input type="checkbox"/> Une personne titulaire de l'autorité parentale	Pour les mineurs	→ Copie resto/verso d'une pièce d'identité valide du mineur et du demandeur → Copie du livret de famille → Le cas échéant, copie du jugement de divorce attestant de l'autorité parentale → <b>Pour les mineurs de plus de 13 ans</b> : la copie de l'attestation écrite du mineur autorisant l'accès à son dossier
<input type="checkbox"/> Un tuteur	Pour les majeurs sous tutelle	→ Copie resto/verso d'une pièce d'identité valide → Pièce attestant de la qualité de tuteur (jugement de tutelle)

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Demeurant : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Lien de parenté : .....

MOTIF DE LA DEMANDE : .....

**Pour les ayants-droit :**

ART L1110-4 du Code de la Santé Publique : « le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations médicales concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de **connaître les causes de la mort**, de **défendre la mémoire du défunt** ou de **faire valoir leurs droits**, sauf volonté contraire opposée par la personne avant son décès. »

L'appréciation portée sur la question de savoir si un document contenu dans le dossier médical est susceptible de présenter une utilité dans la poursuite de ces objectifs relève souverainement de l'équipe médicale. Dans ces conditions, vous ne pouvez pas consulter directement le dossier.

**NATURE DE LA DEMANDE**Pièces du dossier médical souhaitées : L'intégralité du dossier médical

OU Les pièces suivantes :

 Compte rendu opératoire Compte rendu d'hospitalisation Résultats d'examen à préciser : .....

.....

 Autres pièces à préciser : .....

.....

Date(s) du(es) séjour(s) concerné(s) par la demande de dossier : .....

Modalités de communication du dossier médical : Consultation sur place (l'accompagnement par une personne de votre choix peut être recommandée)

La direction du Centre Hospitalier prendra contact avec vous afin de fixer un rendez-vous.

 Copie du dossier que vous viendrez chercher sur place Copie du dossier envoyé à votre domicile**LE DEMANDEUR EST INFORMÉ**

→ Que conformément à la Loi du 4 mars 2002, son identité établie, l'établissement dispose d'un délai de 48 heures pour examiner sa demande.

→ Que les délais de transmission du dossier, sont donc au plus tôt 48 heures après la demande et au plus tard :

- 8 jours si l'hospitalisation remonte à moins de 5 ans,

- 2 mois si l'hospitalisation date de plus de 5 ans.

→ Que les informations du dossier médical sont strictement personnelles. Un usage non maîtrisé par la révélation ou la diffusion de certaines de ces informations peuvent nuire à son titulaire.

→ Que les documents transmis seront des copies.

→ Que les frais de reproduction et d'envoi d'un dossier médical ne sont pas facturés.

Demande faite à : ..... Signature du demandeur :

Le : .....