

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé permet l'accès direct du patient à son dossier médical.

Je soussigné(e) :

Nom usuel : Adresse :
Nom de naissance :
Prénom : Ville :
Date de naissance : Tél :
Mail :

Agissant en tant que :

patient

représentant légal (père, mère, tuteur) de :

Nom usuel : Prénom :
Nom de naissance : Né(e) le :

ayant droit de :

Nom usuel : Prénom :
Nom de naissance : Né(e) le :
Décédé(e) le :

Motif de la demande d'accès au dossier médical : *

- connaître les causes du décès
 défendre la mémoire du défunt (précisez) :
.....
.....
 faire valoir ses propres droits (précisez) :
.....
.....

** En référence au Code de la santé publique,
seuls les documents en lien avec le motif indiqué
vous seront communiqués*

**Le patient ne doit pas s'être opposé de son
vivant à la communication de documents
médicaux le concernant**

Demande la communication des documents suivants :

- Compte rendu de consultation Compte rendu d'hospitalisation
 Compte rendu d'examen d'imagerie Résultats d'examens biologiques
 Dossier de soins Autres :

Dates d'hospitalisation : du au Service :

Conformément à la réglementation, les données suivantes **sont exclues** de la communication :

- les notes personnelles des médecins ;
- les informations ayant été recueillies auprès de personnes n'intervenant pas dans la prise en charge du patient ;
- les informations contenues dans le dossier et concernant des personnes autres que le patient.

Les dossiers sont conservés pendant une durée de 20 ans à compter de la date du dernier séjour dans l'établissement (10 ans en cas de décès), sauf disposition réglementaire particulière (Article R1112-7 du Code de la santé publique).

Selon les modalités suivantes :

- Remise en main propre à l'hôpital
 Consultation sur place (sans remise de copie)
 Envoi postal à l'adresse du demandeur
 Envoi au médecin suivant (nom, prénom, adresse) :
.....
.....

Vous êtes informé du caractère strictement personnel des informations confidentielles contenues dans votre dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).

Je certifie exacte les renseignements ci-dessus

Date :

Signature :

Cf page suivante :

Liste des pièces justificatives à fournir

Délai de communication

Conditions de communication

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Dans tous les cas Copie d'une pièce d'identité (CNI ou passeport) du demandeur

+ selon les cas :

Personne mandatée par le patient (mandataire)	<input type="checkbox"/> Copie d'une pièce d'identité (CNI ou passeport) du patient <input type="checkbox"/> Mandat écrit et signé par le patient
Tuteur	<input type="checkbox"/> Copie d'une pièce d'identité (CNI ou passeport) du patient <input type="checkbox"/> Copie de la décision de mise sous tutelle
Titulaire de l'autorité parentale (mineur)	<input type="checkbox"/> Copie du Livret de famille dans son intégralité ou <input type="checkbox"/> Copie de l'acte de naissance du mineur avec filiation <input type="checkbox"/> Certificat sur l'honneur du maintien de l'autorité parentale
Ayant droit (successeur légal du défunt : héritier, conjoint, légataire universel)	<input type="checkbox"/> Copie de l'acte de décès <input type="checkbox"/> Copie du Livret de famille du patient décédé dans son intégralité ou <input type="checkbox"/> Copie de l'acte de notoriété prouvant la qualité d'ayant-droit du fait du décès
Ayant droit (concubin)	<input type="checkbox"/> Copie de l'acte de décès <input type="checkbox"/> Certificat de concubinage
Partenaire lié par un PACS	<input type="checkbox"/> Copie de l'acte de décès <input type="checkbox"/> Copie de l'extrait de l'acte de naissance émargé de la mention du pacte civil de solidarité postérieur à la date du décès

DELAI DE COMMUNICATION

Les informations demandées vous seront, après étude, et en fonction des possibilités techniques de l'établissement, délivrées dans un délai de 8 jours suivant réception de la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures. Ce délai pourra être porté à 2 mois lorsque les informations médicales demandées datent de plus de 5 ans.

CONDITIONS DE COMMUNICATION

Toute demande incomplète ou non conforme ne pourra être traitée.

Le formulaire de demande de communication d'un dossier médical ainsi que les pièces justificatives sont à adresser à :

Centre Hospitalier Gabriel Déplante - 1 rue de la forêt - 74150 Rumilly
ou par mail à : direction@ch-rumilly.fr