

En application des articles L.1111.7 et L.1112.1 du Code de la santé publique

Les informations contenues dans votre dossier médical sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toutes les précautions afin d'en assurer la confidentialité, notamment vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

IDENTITÉ DU DEMANDEUR (ÉTAPE 1)

Je soussigné(e) : ☐ Madame ☐ Monsieur
 Nom usuel : Nom de naissance :
 Prénom (s) : Date de naissance /__/__/__/__/__/__/__/
 Domicilié(e).....
 CP : Ville :
 N° de téléphone /__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Adresse mail :

N.B. : Adresse mail demandée afin de faciliter les éventuels échanges en lien avec la demande. Pour une question de confidentialité, aucun élément du dossier médical ne sera transmis par mail.

☐ **JE DEMANDE MON DOSSIER (en qualité de patient) (ÉTAPE 2)**

Pièce à joindre à votre demande

- Copie d'un justificatif d'identité * en cours de validité

* Carte nationale d'identité recto/verso, permis de conduire, passeport, carte de séjour, livret de famille, extrait d'acte de naissance



*Vous pouvez
passer à
l'étape 3*

☐ **JE DEMANDE LE DOSSIER D'UNE AUTRE PERSONNE (ÉTAPE 2)**

Nom usuel du patient : Nom de naissance :
 Prénom (s) : Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/__/
 Domicilié(e).....
 CP : Ville :

J'exprime cette demande en ma qualité de : (merci de cocher les cases correspondantes)

☐ **DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE (REPRÉSENTANT LÉGAL)** ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Pièces à joindre à votre demande

- copie d'un justificatif d'identité *
 - copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance du mineur
 - en cas de décision de justice : une copie du jugement attestant de l'autorité parentale

☐ **PERSONNE EN CHARGE D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE : TUTEUR**

Pièces à joindre à votre demande

- copie d'un justificatif d'identité * du tuteur
 - copie d'un justificatif d'identité * du majeur protégé
 - copie du jugement de tutelle

☐ **AYANT-DROIT D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE** Décédé(e) le : /__/__/__/__/__/__/__/

☐ conjoint ☐ enfant ☐ père/mère ☐ partenaire pacsé ☐ Concubin ☐ autre

Pièces à joindre à votre demande :

- copie d'un justificatif d'identité * de l'ayant droit
 - copie du livret de famille ou certificat d'hérédité ou acte de notoriété
 - copie de l'acte de décès
 - copie de certificat de vie commune pour le concubin ou du contrat de PACS pour le partenaire pacsé

Dans ce cas, je précise impérativement le motif de ma demande - seuls peuvent être transmis les éléments du dossier médical en lien avec le motif invoqué

☐ Connaître les causes de la mort ☐ Défendre la mémoire du défunt ☐ Faire valoir ses droits

☐ Recherches génétiques à des fins médicales (transmis uniquement au médecin assurant la prise charge du demandeur nom et adresse à indiquer au niveau de l'étape 4)

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES CONCERNANT VOTRE DEMANDE (ÉTAPE 3)

Motif de la demande :

Merci de motiver votre demande afin que les médecins puissent déterminer les éléments du dossier médical qui correspondent à votre demande

Nom du ou des services de soins
(Service d'hospitalisation ou de consultation)

.....
.....
.....

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation

.....
.....
.....

PRÉCISER LA NATURE DES DOCUMENTS DEMANDÉS

Je demande l'accès aux éléments du dossier médical suivants :

- | | |
|---|---|
| ☐ compte-rendu opératoire | ☐ compte-rendu d'examens complémentaires |
| ☐ compte-rendu d'hospitalisation | ☐ examens d'imagerie sur CD |
| ☐ compte-rendu de consultation | ☐ certificats |
| ☐ correspondances entre médecins | ☐ autres (précisez) : |

MODALITÉS DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS (ÉTAPE 4)

1 ☐ Je choisis la consultation des éléments du dossier médical au sein de l'établissement (le service prendra contact avec vous pour l'organisation de cette consultation).

OU

2 ☐ Je viendrai chercher les copies des éléments du dossier médical (en cas de retrait par une tierce personne, celle-ci devra être en possession d'une procuration, signée du patient et d'un justificatif d'identité en cours de validité). Si les pièces ne sont pas retirées dans le service concerné dans un délai d'un mois après l'appel téléphonique, elles vous seront envoyées à l'adresse indiquée, par courrier recommandé avec accusé de réception.

OU

3 ☐ Je demande l'envoi des copies des éléments du dossier médical par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée.

OU

4 ☐ Je demande l'envoi des copies des éléments du dossier médical à M. ou Mme Le Docteur (par courrier recommandé avec accusé de réception) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Au regard de l'article L.1111-7 du code de la santé publique, la reproduction des éléments du dossier médical sera facturée ultérieurement :

Tarifs en vigueur

Photocopie A4 (la copie)	0,18 € TTC
Photocopie A3 (la copie)	0,36 € TTC
Reproduction d'un examen d'imagerie sur CD	2,75 € TTC
Frais d'envoi en recommandé avec AR	selon tarif en vigueur

DÉLAI DE COMMUNICATION

Les éléments du dossier médical ne pourront être communiqués au plus tôt qu'après l'observation d'un délai de réflexion de 48 heures suivant la réception de la demande complète.

L'établissement dispose d'un délai maximal de 8 jours pour transmettre les éléments du dossier médical datant de moins de 5 ans.

Ce délai est porté à 2 mois si les éléments du dossier médical datent de plus de 5 ans.

ATTESTATION (ÉTAPE 5)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

J'accepte de prendre en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, les frais d'envoi postaux.

Je suis informé (e) que l'instruction de la demande ne pourra être traitée qu'à réception de la demande complète (formulaire et pièces obligatoires).

Fait à Le

Signature obligatoire