Document lié en amont : CHJP-PR-0020 - 05 - Demande d'accès au dossier médical

Formulaire à retourner au : Centre hospitalier Jean Pagès, Avenue du Clos Mignot, CS 90021 37230 LUYNES

1- IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) Nom : …….. Prénom : ……
Nom de jeune fille :…….. né(e) le :……
Domicilié(e) à ……
tél : …….. mail :……..

2 - Je demande mon dossier médical

Pièce à joindre à votre demande (justificatif d'identité)

- copie de votre carte d'identité
- ou copie de votre permis de conduire
- ou copie de votre passeport

⇧ Une fois le cadre 2 rempli, je passe au dos du formulaire

3 - Je demande le dossier médical d'une autre personne*

Nom du patient :……. **Prénom : ……** **Nom de jeune fille** :……
né(e) le : …… domicilié(e)……
à ……

J'exprime cette demande en ma qualité de :

Titulaire de l'autorité parentale (☐ père ou ☐ mère)
Pièces à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité
- copie du livret de famille
- en cas de divorce : l'ordonnance du juge aux affaires familiales

Mandataire judiciaire

- pièce à joindre à votre demande : ordonnance du juge des tutelles
- copie de votre carte d'identité

Ayant droit d'une personne décédée

☐ conjoint ☐ pacsé ☐ père-mère ☐ enfant ☐ autre

Pièces à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité
- livret de famille (obligatoire)
- acte de décès (obligatoire)
- contrat de pacs (obligatoire)
- certificat d'hérédité ou acte ou attestation notarié

Pour les ayants-droits d'une personne décédée, **préciser le motif de la demande** : (date du décès : ……)

☐ connaître les causes de la mort ☐ défendre la mémoire du défunt ☐ droit à faire valoir
Précision sur les motifs : ……

* cochez la ou les cases correspondant à votre choix ou à votre situation

4 - Renseignements facilitant la recherche des informations médicales

Nom du ou des Service(s) de Soins (Service où le patient a été hospitalisé ou examiné en consultation)	Date(s) d'hospitalisation ou de Consultation
……	……
……	……
……	……
……	……

5 - Nature des documents demandés

☐ **les pièces significatives du dossier médical**
(possibilité de sélectionner plusieurs pièces)

☐ Courriers médicaux
☐ Compte-rendu d'hospitalisation
☐ Compte-rendu de consultation
☐ Compte-rendu opératoire
☐ Compte-rendu d'examen
(ex : bilans sanguins, échographie cardiaque, épreuves respiratoires…)
☐ Dossier infirmier
☐ Compte-rendu d'imagerie médicale
☐ Demande d'imageries

Frais de copie et de communication :

- **Photocopie A4** : 0,18 €
- **Reproduction des imageries sur :**
  - **CD** : 2,75 €
- **Frais d'envoi recommandé AR** : minimum 5,08 €

Réservé à l'administration
- **Photocopie A4** : 0,18 € X……. = …….. €
- **CD** : 2,75 € X ……. = …….. €
- **Frais d'envoi recommandé AR :** ……€

TOTAL…… €

☐ **autres documents (à préciser)** :
……

ou

☐ **la totalité du dossier médical détenu par le CH de Luynes**

A défaut de précision sur les éléments attendus, **c'est la copie du dernier compte-rendu** qui vous sera adressée par courrier.

6 - Modalités de communication des documents

☐ **Consultation sur place** (au CH sur RDV) – gratuit
Je souhaite la présence d'un médecin du CH : ☐ Oui ☐ Non

☐ **Remise des copies sur place** (à la Direction) – payant (n° tél à contacter : ……)

☐ **Envoi postal – payant** ☐ à moi-même ou ☐ à un médecin
Nom et prénom du médecin :……
☐ Adresse :…….. ……

7 - Attestation

Je soussigné(e) **M, Mme,** ……..

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- accepte de prendre en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé

SIGNATURE :

Pour tout renseignement : 02.47.55.30.01

Cadre réglementaire :
Loi 2002-303 du 4 mars 2002 – Décret n°2002-637 du 29 avril 2002
Arrêté du 05 mars 2004
Conseil d'Etat n°27.02.34 – Arrêté du 26 septembre 2005
Arrêté du 3 janvier 2007