

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Ce document est à adresser, accompagné des justificatifs, par courrier à :

Centre Hospitalier de La Châtre
Bureau des admissions – 40 rue des Oiseaux – 36400 La Châtre

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom usuel : Nom de naissance: Prénom :
Né(e) le :/...../.....
Adresse :
Code Postal : Ville : Téléphone :

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom usuel : Nom de naissance: Prénom :
Né(e) le :/...../.....
Adresse :
Code Postal : Ville : Téléphone :

QUALITE DU DEMANDEUR ET PIECES A FOURNIR

☐ Patient lui-même	Copie de votre pièce d'identité
☐ Personne mandatée par patient lui-même	Copie de votre pièce d'identité Copie de la pièce d'identité du patient concerné par la demande Tout document permettant de justifier du mandat
☐ Titulaire de l'autorité Parentale (pour les mineurs)	Copie de votre pièce d'identité Copie du livret de famille En cas de divorce, le document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale
☐ Ayant-droit (si le patient ne s'y est pas opposé de son vivant)	Copie de votre pièce d'identité Copie du livret de famille et du certificat d'hérédité Copie de l'acte de décès
☐ Tuteur (d'un incapable majeur)	Copie de votre pièce d'identité Copie de la pièce d'identité du patient concerné par la demande Copie de l'ordonnance du juge de tutelle

MOTIF DE LA DEMANDE

- ☐ Information
☐ Changement de domicile
☐ Expertise, préciser la date :
☐ Autre, préciser :

Obligatoire pour les ayants droits :

NATURE DE LA DEMANDE

ATTENTION : L'ayant droit ne dispose pas d'un droit d'accès général à l'ensemble des pièces du dossier patient. Il n'est autorisé à accéder qu'aux seuls éléments nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi présent dans l'une des trois catégories listées par l'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique.

L'équipe médicale responsable de la prise en charge du patient détermine quelles sont les pièces du dossier se rattachant à l'objectif invoqué.

Dans ce cadre, merci de bien vouloir préciser l'objectif de votre demande (ne cochez qu'une seule case) :

- ☐ Connaître les causes du décès
☐ Défendre la mémoire du défunt
☐ Faire valoir des droits en indiquant les circonstances et la nature du/des droit(s)

NOTA : Dans le cas où le patient est décédé, conformément à l'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique (2), c'est l'équipe médicale qui ciblera les documents utiles pour répondre à votre demande.

RAPPEL SUR LES DELAIS DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS MEDICALES

Le délai de communication des informations médicales demandées est le suivant :

- 8 jours pour des informations médicales datant de moins de 5 ans,
- 2 mois pour des informations médicales datant de plus de 5 ans.

Dans tous les cas, la loi impose un délai de réflexion de 48h et l'établissement ne peut pas vous remettre votre dossier avant l'écoulement de ce dernier.

INFORMATION SUR LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE

L'équipe médicale déterminera les éléments du dossier médical qui permettent de répondre à la motivation de votre demande et seuls ces derniers vous seront transmis. Aussi, afin de mieux répondre à vos besoins et de limiter d'éventuels frais de copies, il est important de bien préciser votre demande.

PERIODES ET SERVICES CONCERNES PAR LA DEMANDE

Date entrée	Date de sortie	Service

NATURE DE LA DEMANDE

- ☐ Dossier médical relatif aux périodes et services précisés ci-dessus
- ☐ Dossier médical complet constitué par le centre hospitalier de LA CHATRE (seulement si la demande est faite par le patient lui-même)

RAPPEL ET CONSEIL SUR LES MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

S'agissant des modalités de communication des informations relatives à votre santé, plusieurs possibilités s'offrent à vous. Afin de vous permettre une meilleure compréhension, l'hôpital vous recommande de vous faire accompagner d'un médecin lorsque vous prendrez connaissance de ces informations.

Information sur les frais de reproduction et d'envoi :

Nous vous informons que les coûts de reproduction et d'envoi sont gratuits lors du 1^{er} envoi et facturés au demandeur en cas de demandes complémentaires pour un même dossier (article L. 1111-7 du code de la santé publique).

- ☐ Coût de la copie A4 noir et blanc : 0,20 €
- ☐ Frais d'expédition par lettre recommandée avec accusé de réception : tarif en vigueur arrêté par la poste

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

- ☐ Consultation sur place (un accompagnement médical vous sera proposé)
- ☐ Remise de copies sur place
- ☐ Envoi de copies à votre domicile (par lettre recommandée avec avis de réception)
- ☐ Envoi de copies à un médecin de votre choix (par lettre recommandée avec avis de réception) Préciser :
- Nom usuel : Prénom :
- Adresse
- Code Postal : Ville : Téléphone :

CAS PARTICULIER : LE PATIENT MINEUR

Le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin. Si le mineur reçoit des soins à l'insu de ses parents, il peut s'opposer à ce que le médecin transmette son dossier. La mention écrite de cette opposition devra être faite par le médecin. Toutefois, le médecin doit encourager le mineur à communiquer ces informations au titulaire de l'autorité parentale.

Fait à : _____, le _____

Signature :