

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu d'un dossier médical. Sachez que seuls les patients concernés, l'ayant-droit d'un patient décédé et les tuteurs peuvent avoir, sous certaines conditions, accès à un dossier médical.

Afin de satisfaire votre demande veuillez compléter le formulaire ci-dessous, joindre les pièces justificatives demandées et retourner la demande à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur de l'EPSM G. DAUMEZON
1 route de Chanteau - BP 62016
45402 FLEURY LES AUBRAIS Cedex

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Mme M.

NOM d'usage NOM de naissance Prénom

Date de naissance/...../.....

Adresse

.....

Code Postal Commune

Téléphone domicile Téléphone portable

Cas particulier, patient décédé : *(seuls les ayant droits du défunt peuvent faire cette demande)*

Date du décès/...../.....

SI LE DEMANDEUR N'EST PAS LE PATIENT
IDENTITE DU DEMANDEUR

Mme M.

NOM d'usage NOM de naissance Prénom

Date de naissance/...../.....

Adresse

.....

Code Postal Commune

Téléphone domicile Téléphone portable

Lien de parenté avec le patient

Accès au dossier médical toute la période de votre suivi **ou** préciser la période

Merci de préciser les éléments que vous souhaitez :

données médicales de l'EPSM (comptes rendus d'hospitalisation, observations médicales du séjour, transmissions des infirmiers)

ordonnances et prescriptions

données médicales demandées par l'EPSM (analyses en laboratoire, ECG, ...)

LE DEMANDEUR EST INFORMÉ QUE

- Conformément à la Loi du 4 mars 2002, son identité établie, l'établissement dispose d'un délai de 48h pour examiner sa demande.
- L'hôpital doit répondre dans des délais compris entre 8 jours et 2 mois selon l'ancienneté du dossier (L 1111-7 du Code de la Santé Publique).
- Sont exclues du droit à communication les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers (avis CADA n°20062025 du 11 mai 2006).
- Le dossier est sous la responsabilité du médecin qui peut suggérer les modalités de transmission dudit dossier.
- 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.
- Les documents transmis seront des copies.
- Les frais de reproduction et d'envoi d'un dossier médical sont les suivants : 0,25 € la copie (tarif en vigueur à compter du 1^{er} janvier de l'année en cours) + frais d'envoi en Recommandé avec Accusé de Réception (selon les tarifs en vigueur)
- Le dossier médical sera communiqué après réception du règlement des frais de reprographie et d'envoi le cas échéant.



JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE

Je demande la communication de mon propre dossier médical	<ul style="list-style-type: none"> • copie recto-verso de ma pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire)
Je suis mandaté(e) par le patient lui-même	<ul style="list-style-type: none"> • copie recto-verso de ma pièce d'identité en cours de validité • copie recto-verso de la pièce d'identité du patient en cours de validité • un document écrit permettant de justifier du mandat (daté et signé par le patient concerné)
Je suis le tuteur du patient	<ul style="list-style-type: none"> • copie recto-verso de ma pièce d'identité en cours de validité • copie recto-verso de la pièce d'identité du patient en cours de validité • une copie du jugement de tutelle
Je suis le représentant légal du patient mineur	<ul style="list-style-type: none"> • copie recto-verso de ma pièce d'identité en cours de validité • la copie recto-verso de la pièce d'identité du patient mineur en cours de validité • la copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance du patient mineur • le cas échéant une copie du jugement attestant de l'autorité parentale
<i>Si le patient est un mineur de plus de 10 ans</i>	<ul style="list-style-type: none"> • joindre un courrier de la main du patient mineur confirmant son accord pour la communication des informations demandées

CAS PARTICULIER DU PATIENT DECEDE

Je suis un ayant-droit d'un patient décédé	<ul style="list-style-type: none"> • copie recto-verso de ma pièce d'identité en cours de validité • copie de l'acte de décès • copie d'un document permettant de justifier ma qualité d'ayant-droit (livret de famille, acte de naissance, acte de notoriété, certificat d'hérédité)
Préciser impérativement le motif de la demande Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 3 janvier 2007), seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué ci-contre	<input type="checkbox"/> connaître les causes de la mort du défunt <input type="checkbox"/> défendre la mémoire du défunt, préciser le motif : <input type="checkbox"/> faire valoir un de vos droits, préciser lequel :

COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

à l'EPSM G. Daumézon. Le secrétariat prendra contact avec vous afin de fixer un rendez-vous.

à votre domicile par courrier en Recommandé avec Accusé de Réception

à un médecin de votre choix en Recommandé avec Accusé de Réception, merci de nous indiquer ses coordonnées ci-dessous :

Docteur

Adresse :

Fait à :

Le/...../.....

Signature du demandeur

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le présent formulaire, vous pouvez contacter

le secrétariat de direction au 02.38.60.79.01

direction@ch-daumezon45.fr