

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<sup>er</sup> 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**

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

**CAS PARTICULIER DU PATIENT DECEDE**

<b>Je suis un ayant-droit d'un patient décédé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• copie recto-verso de ma pièce d'identité en cours de validité</li><li>• copie de l'acte de décès</li><li>• copie d'un document permettant de justifier ma qualité d'ayant-droit (livret de famille, acte de naissance, acte de notoriété, certificat d'hérédité)</li></ul>
<b>Préciser impérativement le motif de la demande</b> <b>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</b>	<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](mailto:direction@ch-daumezon45.fr)**