



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS DOSSIER MÉDICAL

1. IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Agissant en tant que :

☐ Le patient lui-même

☐ l'ayant droit d'une personne décédée

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Décédé le : ____ / ____ / ____

☐ le représentant légal (patient mineur) de : Nom, Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

☐ le Tuteur (majeur protégé) de : Nom, Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

2. PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- ✓ **Demande émanant du patient :** Copie d'une pièce d'identité recto/verso
- ✓ **Demande émanant du représentant d'un patient sous tutelle :** Copie d'une pièce d'identité reco/verso du demandeur ET copie d'une pièce d'identité recto/verso du patient ET copie du jugement de tutelle
- ✓ **Demande d'un ayant droit d'une personne décédée :**

La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient de son vivant, s'y est opposé.

Ayant-droits : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, copie de l'acte de décès et suivant sa qualité :

Copie du livret de famille (*enfant du défunt ou son époux/épouse*)

Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (*partenaire du défunt*)

Certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage, signée des concubins et/ou certificat d'hérédité / acte notarié (*héritier autre*)

Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent. A cet effet, il convient de préciser le motif de la demande (case à cocher)

☐ Connaître les causes du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt

☐ Faire valoir des droits (préciser) : _____

- ✓ **Demande émanant du représentant légal d'un mineur :** Pièce d'identité du demandeur recto/verso ; copie du livret de famille (parents et enfant) / Document attestant de l'autorité parentale (jugement de divorce)

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS DOSSIER MÉDICAL

4. DOCUMENTS DEMANDÉS (cases à cocher)

Dates du ou des séjour(s) : _____ Service(s) concerné(s) : _____

- ☐ Compte rendu d'hospitalisation
- ☐ Compte rendu opératoires
- ☐ Compte rendu de consultation externe
- ☐ Résultats d'examens biologiques
- ☐ Imagerie (clichés, comptes rendus)
- ☐ Lettres et correspondances médicales

- ☐ Dossier de soins infirmiers
- ☐ Prescriptions / ordonnances
- ☐ Autres (précisez) _____

OU ☐ intégralité du dossier médical (cette case ne concerne pas les ayant droit)

5. MODALITÉS DE COMMUNICATION

- ☐ Consultation du dossier sur place (sur rendez-vous) et éventuellement la remise de copies
- ☐ Retrait des copies sur place (*)
- ☐ Envoi postal à l'adresse du demandeur en pli recommandé avec accusé de réception
- ☐ Envoi postal à un médecin de votre choix (envoi gratuit) à l'adresse suivante : _____

(*) Le secrétariat médical vous contactera pour convenir d'un rendez-vous.

6. TARIFICATION

Pour les premières demandes de copie, **seuls les frais d'envoi** vous seront facturés.
Nous vous invitons à **privilégier le retrait sur place**.

- Copie format A4 : 0,18 €
- Copie format A3 : 0,30 €
- CD-Rom : 2,75 € par exemplaire
- Cliché radiologique : 5 € par cliché

L'envoi postal sera facturé selon les tarifs en vigueur de La Poste. Un avis des sommes à payer sera adressé ultérieurement.

7. DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) _____, certifie exactes les informations transmises et m'engage à respecter la confidentialité des documents communiqués.

J'atteste avoir pris connaissance de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique, ci-joint en annexe, concernant les dispositions d'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les Etablissements de Santé ainsi que les modalités d'envoi.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____
Signature manuscrite obligatoire

Nous attirons votre attention sur le **caractère strictement personnel** des informations qui vous seront transmises vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...) et sur les **conséquences éventuelles** que la révélation et/ou l'interprétation de certaines informations peuvent entraîner.

Demande à retourner accompagnée des pièces justificatives à :

Madame la Directrice déléguée
Centre Hospitalier de PERONNE
BP 90079 – Place du Jeu de Paume
80201 – PERONNE CEDEX
secretariat.direction@ch-peronne.fr

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter le ☎ 03.22.83.61.20