



CHS DE LA SAVOIE

Formulaire de demande d'accès au dossier médical

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

E-Mail : _____

☐ J'accepte de recevoir l'accusé de réception de ma demande par Email.

Toute demande de dossier médical doit être accompagné de la copie de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité, passeport...). Si le demandeur n'est pas le patient/résident, des pièces justificatives complémentaires mentionnées ci-après seront nécessaires.

Si le demandeur n'est pas le patient/résident

Identité du patient/résident concerné :

NOM, prénom du patient/résident : _____

Né(e) le. _____ Décédé(e) le, le cas échéant _____

Qualité du demandeur (*pièces à joindre obligatoirement à la demande*)

- ☐ Titulaire de l'autorité parentale
(Copie Carte Nationale d'Identité ou Passeport du parent ; acte de naissance ou copie du livret de famille)
- ☐ Médecin désigné par le patient
(Demande de compte rendu d'hospitalisation de la part du médecin extérieur)
- ☐ En charge de l'exercice de la mesure de protection juridique
(Copie Carte Nationale d'Identité ou Passeport du demandeur ; copie de la décision)
- ☐ Mandataire (Mandat signé par le patient ; Copie Carte Nationale d'Identité ou Passeport du mandataire et du mandant)
- ☐ Autre, Précisez : _____

☐ Si le patient/résident est décédé :

- ☐ Concubin
- ☐ Partenaire lié par un pacte civil de solidarité
- ☐ Ayant droit

A joindre :

- Copie Carte Nationale d'Identité ou Passeport du demandeur ;
- Document attestant de la qualité d'ayant droit, de concubin ou de partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
 - Si le demandeur est l'époux.se ou l'enfant : copie du livret de famille
 - Pour tout autre cas : certificat d'hérédité ou notarial
- Acte de décès (si le patient/résident n'est pas décédé dans l'établissement)

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/résident 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) :

☐ Connaitre les causes du décès (uniquement si le décès est survenu au sein de l'établissement)

☐ Défendre la mémoire du défunt

☐ Faire valoir un droit

Motif à préciser (Conformément à l'article L 110-4 du Code de la Santé Publique, afin de permettre à l'équipe de cibler les documents utiles)

NATURE DE LA DEMANDE

NOTA : Dans le cas où le patient/résident 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.

Vous souhaitez obtenir la copie (case à cocher) :

☐ Dossier d'hospitalisation complète	☐ Dossier de suivi ambulatoire (CMP/CATTP/HJ)	☐ Dossier de suivi MAS La Boréale
☐ L'ensemble du dossier médical ☐ La partie du dossier correspondant à l'hospitalisation (Précisez la date) :/...../..... /...../..... ☐ Compte rendu ☐ Ordonnances ☐ Bilans biologiques ☐ Certificats légaux	☐ L'ensemble du dossier médical ☐ Les observations + dates de rendez-vous ☐ Ordonnances ☐ Certificats légaux	☐ L'ensemble du dossier médical Ou ☐ Les observations ☐ Ordonnances ☐ Bilans biologiques

☐ Autre(s) pièce(s) à préciser :

Vous souhaitez :

☐ Qu'une copie du dossier soit envoyée par la poste en recommandé à votre domicile

☐ Qu'une copie du dossier soit envoyée par la poste en recommandé au médecin :

NOM Prénom.....

Adresse

☐ Obtenir un rendez-vous pour consulter le dossier :

☐ Avec accompagnement médical

☐ Sans accompagnement médical

☐ avec remise de copies

☐ sans remise de copies

☐ Récupérer la copie directement sur place

Fait le à

Signature :

Délais de transmission	Durée de conservation du dossier du patient/résident
- Dans les 8 jours suivant la demande après un délai de réflexion de 48h. - Dans les 2 mois si les informations datent de plus de 5 ans.	- Vingt ans dès la date du dernier séjour/consultation et au minimum jusqu'au 28ème anniversaire du patient - Dix ans à compter de la date du décès du patient.
La première demande est gratuite. En cas de demande supplémentaire, les frais seront à votre charge :	
- 1 copie papier (A4) = 0,18 €	- Le montant du recommandé AR

