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 : _____

☐ <u>Si le patient/résident est décédé :</u>

- ☐ 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/CATTG/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 :

_____

_____

_____

Modalités de transmission du dossier médical (cochez une seule case) :

☐ Consultation sur place (un rendez-vous vous sera proposé) :

☐ Avec accompagnement médical ☐ Sans accompagnement médical

☐ Envoi en lettre recommandée à votre domicile

☐ Envoi sur Mon espace santé* si activé (n° de sécurité sociale : _____)

*(*non applicable pour les demandes formulées par les ayants-droits/plus d'informations auprès de l'assurance maladie)*

☐ Envoi en recommandé au médecin :

NOM Prénom.....

Adresse .....

☐ Remise en mains propres

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	