



**Formulaire de demande de communication de
dossier médical**

IDENTITE DU PATIENT

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

☎ :

IDENTITE DU DEMANDEUR (si différent du patient)

NOM : PRENOM :

LIEN DE PARENTE DU DEMANDEUR AVEC LE PATIENT :

ADRESSE :

.....

☎ :

POUR L'AYANT DROIT D'UNE PERSONNE DECEDEE

Indiquez le ou les motifs qui vous concernent parmi les trois autorisés par la loi concernant la communication d'informations du dossier médical d'un patient décédé à ses ayants-droit, et explicitez votre demande pour les deux derniers motifs. Le choix des pièces à adresser appartient à l'équipe médicale en fonction de l'objectif de la demande :

connaître les causes du décès

défendre la mémoire du défunt, et alors précisez le contexte et ce qu'on cherche à défendre :

.....

faire valoir ses droits (droits de l'ayant droit), et alors précisez le contexte et ce qu'il faut montrer :

.....

MODE DE COMMUNICATION

Je souhaite (veuillez cocher la case de votre choix) :

consulter ce dossier médical au centre hospitalier avec remise ou envoi de copies de documents et possibilité d'un accompagnement médical

qu'une copie de ce dossier me soit adressée à mon domicile sous pli recommandé et à mes frais

qu'une copie de ce dossier soit adressée à **mon médecin traitant** dont voici les coordonnées (Uniquement si le patient décide de ne pas être destinataire, un médecin désigné par le patient est seul habilité à recevoir la copie des informations médicales le concernant) :

.....

.....

SAUF SI LA DEMANDE CONCERNE LE DOSSIER D'UN PATIENT DECEDE,
VEUILLEZ INDIQUER PRECISEMENT LES DOCUMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ OBTENIR :
(EN PRECISANT LES DATES D'HOSPITALISATION OU DE CONSULTATION
AINSI QUE LE NOM DU MEDECIN OU LE SERVICE)

.....
.....
.....
.....
.....

DANS TOUS LES CAS PIECES A FOURNIR

- carte d'identité,
- carte d'identité et certificat d'hérédité (en mairie) ou acte de notoriété (notaire, greffier en chef du tribunal d'instance du lieu d'ouverture de la succession) pour un ayant droit d'une **personne décédée**,
- carte d'identité et livret de famille, pour le titulaire de l'autorité parentale sur un **mineur**,
- carte d'identité et ordonnance prononçant le jugement sur un **majeur protégé**,
- accord du patient (de l'ayant droit, des parents, du tuteur) en cas de consultation du dossier par un médecin désigné par le demandeur.

SUPPORT

Les copies sont établies sur un support analogue à celui utilisé par le professionnel de santé ou sur papier, au choix du demandeur et selon les possibilités de l'établissement.

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarif de la poste
Prix unitaire de la photocopie	Selon tarif en vigueur
Prix unitaire du cliché radiologique	
Prix unitaire du CD Rom	

DELAIS D'ACCES AUX INFORMATIONS

- au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48H00 ait été observé,
- au plus tard dans les huit jours suivant la réception de cette demande, délai porté à deux mois lorsque les informations datent de plus de cinq ans.

DATE ET SIGNATURE DU PATIENT OU DU DEMANDEUR

Date

Signature

DOCUMENT A RETOURNER A :

SERVICE QUALITE
CHARGE DU SUIVI DES RELATIONS AVEC LES USAGERS

CENTRE HOSPITALIER PUBLIC D'HAUTEVILLE
BP 41
01110 HAUTEVILLE-LOMPNES