

Annexe 1 : Formulaire de demande d'accès au dossier médical

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu d'un dossier médical. Seuls les patients concernés, l'ayant-droit d'un patient décédé et les tuteurs peuvent avoir sous condition accès à un dossier médical.

Afin de satisfaire votre demande et vous répondre dans les meilleurs délais, veuillez compléter le formulaire ci-dessous et joindre les pièces justificatives demandées.

A nous adresser par courrier à l'adresse suivante : Madame La Directrice Dieulefit Santé 211 chemin de Chamonix BP21 26220 DIEULEFIT.

Patient concerné par la demande

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom : Né(e) le : ... / ... / ... à
Adresse :
Code Postal : Commune :
Le patient est-il décédé ? ☐ Non ☐ Oui → Si oui, précisez la date : ... / ... / ...

Formalités à remplir en fonction du demandeur

Qui demande ?	A qui transmettre ?	Documents à joindre à la demande
☐ Le patient lui-même	☐ A vous-même ☐ A votre médecin → Adresse :	→ Copie recto/verso de votre pièce d'identité
Conditions		
☐ Un ayant-droit	Uniquement pour une personne décédée	→ Copie recto/verso de votre pièce d'identité
☐ Un tuteur	Pour les mineurs ou majeurs incapables	→ Document officiel attestant de votre filiation avec le patient (livret de famille ou certificat d'hérédité) → Jugement de tutelle.

Identité du demandeur

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom : Né(e) le : ... / ... / ... à
Adresse :
Code Postal : Commune :
Téléphone : Lien de parenté avec le patient :
Motif de la demande :
.....

Pour les ayants droit :

ART L1110-4 du Code de la santé publique : « [...] Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations médicales concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de **connaître les causes de la mort**, de **défendre la mémoire du défunt** ou de **faire valoir leurs droits**, sauf volonté contraire opposée par la personne avant son décès [...] »

L'appréciation portée sur la question de savoir si un document contenu dans le dossier médical est susceptible de présenter une utilité dans la poursuite de ces objectifs relève souverainement de l'équipe médicale. Dans ces conditions, vous ne pouvez pas consulter directement le dossier.

Nature de la demande

Pièces du dossier médical souhaitées :

- ☐ L'intégralité du dossier médical
- ☐ Les pièces suivantes :
- ☐ Compte-rendu opératoire
 - ☐ Compte-rendu d'hospitalisation
 - ☐ Résultats d'examen → Lesquels :
 - ☐ Autres pièces → Lesquelles :

Séjour(s) concerné(s) par la demande de dossier : du ... / ... / ... au ... / ... / ...

Modalités de communication du dossier médical :

- ☐ Consultation sur place en présence d'un médecin
- ☐ Copie du dossier que je viendrai chercher sur place → Je serai contacté afin de fixer un RDV.
- ☐ Copie du dossier envoyé à mon domicile → Seuls les frais d'envoi seront à ma charge. Pour une 2^e demande, les frais de reproduction et d'envoi me seront alors facturés.

Information du demandeur

- Conformément à la Loi du 4 mars 2002, l'établissement dispose d'un délai de 48 heures pour examiner la demande une fois que l'identité du demandeur est établie.
- La réponse à la demande doit intervenir dans des délais compris entre 8 jours et 2 mois selon l'ancienneté du dossier (L 1111-7 du Code de la Santé Publique).
- 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.
- L'établissement n'effectue pas de copie de radiographies. Elles sont remises au patient en fin de séjour.
- La consultation sur place est gratuite.
- Les frais d'envoi et de reproduction (pour une 2^e demande) d'un dossier médical vous seront facturés aux tarifs suivants :

Facturation de 0,18 € / page copiée + Supplément variable pour l'envoi du dossier par courrier recommandé avec accusé de réception (tarif de La Poste selon le poids).

Validation de la demande

Fait à : Date : ... / ... / ... Signature du demandeur :

Réservé à la Direction de Dieulefit-Santé	Suivi de la demande par la secrétaire médicale
Date de réception de la demande : ... / ... / ...	Médecin concerné :
Validation : ☐ OUI ☐ NON → Motif :	Retour à la Direction le : ... / ... / ...
Transmis au secrétariat médical le : ... / ... / ...	Identité secrétaire : Signature :
Identité : Signature :	