



DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Identité du demandeur

Nom usuel : Nom de naissance: Prénom :.....
 Né(e) le :/...../.....
 Adresse :
 Code Postal : Ville : Téléphone :

Accès à votre dossier médical

Accès au dossier médical d'une personne décédée

Qualité du demandeur et pièces à fournir

Qualité du demandeur et pièces à fournir

<input type="checkbox"/> Patient lui-même	Copie de votre pièce d'identité	<input type="checkbox"/> Ayant-droit (si le patient ne s'y est pas opposé de son vivant)	Copie de votre pièce d'identité Copie du livret de famille et du certificat d'hérédité Copie de l'acte de décès
<input type="checkbox"/> Personne mandatée par le patient lui-même	Copie de votre pièce d'identité Copie de la pièce d'identité du patient concerné par la demande Tout document permettant de justifier du mandat	<h4>Conditions d'accès</h4> <p>Le décès d'une personne ne met pas fin au secret protégeant sa vie privée ni au secret médical. L'accès ne peut d'abord s'exercer que si la personne ne s'y est pas opposée de son vivant. Les proches de la personne décédée pouvant accéder aux informations médicales la concernant sont limitativement énumérées par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique (ayants droit, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité). La demande doit être expressément fondée sur un ou plusieurs des trois motifs prévus par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique (voir ci-dessous). L'indication de la volonté de connaître les causes de la mort n'appelle pas de précision supplémentaire. En revanche, la volonté de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir ses propres droits doivent être explicitées par le demandeur, en précisant par exemple les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu'il souhaite faire valoir.</p>	
<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale (pour les mineurs)	Copie de votre pièce d'identité Copie du livret de famille En cas de divorce, le document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale		
<input type="checkbox"/> Tuteur (d'un incapable majeur)	Copie de votre pièce d'identité Copie de la pièce d'identité du patient concerné par la demande Copie de l'ordonnance du juge de tutelle		

Motif de la demande

Motif de la demande

<input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Changement de domicile <input type="checkbox"/> Expertise, préciser la date : <input type="checkbox"/> Autre, préciser :	<input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> Faire valoir des droits Préciser :
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Rappel sur les délais de communication des informations médicales

Le délai de communication des informations médicales demandées est le suivant :

- 8 jours pour des informations médicales datant de moins de 5 ans
- 2 mois pour des informations médicales datant de plus de 5 ans.

Dans tous les cas, la loi impose un délai de réflexion de 48h et l'établissement ne peut pas vous remettre votre dossier avant l'écoulement de ce dernier.

Information sur le traitement de votre demande

L'équipe médicale déterminera les éléments du dossier médical qui permettent de répondre à la motivation de votre demande et seuls ces derniers vous seront transmis. Aussi, afin de mieux répondre à vos besoins, il est important de bien préciser votre demande.



DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Identité du patient concerné par la demande

Nom usuel : Nom de naissance: Prénom :
 Né(e) le :/...../.....
 Adresse :
 Code Postal : Ville : Téléphone :

Périodes et services concernés par la demande

Date d'entrée	Date de sortie	Service

Précisions sur la nature de la demande d'accès à votre dossier médical (ne concerne pas les demandes d'accès au dossier médical d'une personne décédée)

- | | |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pièces particulières du dossier médical | <input type="checkbox"/> Lettre de sortie ou compte rendu d'hospitalisation, de consultation |
| | <input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire |
| | <input type="checkbox"/> Examens d'imagerie (radiographies, scanners, IRM...) |
| | <input type="checkbox"/> Résultats d'examens biologiques |
| | <input type="checkbox"/> Dossier infirmier |
| | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : |

- Dossier médical relatif aux périodes et services précisés ci-dessus
 Dossier médical complet constitué par le centre hospitalier de St Yrieix la Perche

Rappel et conseil sur les modalités de communication du dossier

S'agissant des modalités de communication des informations relatives à votre santé, plusieurs possibilités s'offrent à vous. Afin de vous permettre une meilleure compréhension, l'hôpital vous recommande de vous faire accompagner d'un médecin lorsque vous prendrez connaissance de ces informations.

Information sur les frais de reproduction et d'envoi :

Nous vous informons que les coûts de reproduction et d'envoi sont facturés au demandeur (article L. 1111-7 du code de la santé publique).

- Coût de la copie A4 noir et blanc : gratuit conformément à l'art 12.5 du RGPD
- Coût de reproduction d'un cliché radiologique : 2,00 €
- Coût de reproduction d'un scanner : 4,00 €
- Frais d'expédition par lettre recommandée avec accusé de réception : 1,00€ + tarif en vigueur arrêté par la poste.

Modalités de communication du dossier

- Consultation sur place (un accompagnement médical vous sera proposé)
 Remise de copies sur place
 Envoi de copies à votre domicile (par lettre recommandée avec avis de réception)
 Envoi de copies à un médecin de votre choix (par lettre recommandée avec avis de réception)

Préciser :

Nom usuel : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone :

Fait à : _____, le _____

Signature :

Ce document est à adresser, accompagné des justificatifs, par courrier à :

Centre hospitalier de Saint-Yrieix
 Direction
 Place du Président Magnaud - CS 60085
 87500 Saint-Yrieix-la-Perche