


| | | | |
|---|--|--------------------|------------|
|  | ENREGISTREMENT | DOS1-EN-001 | |
| | Formulaire de demande de communication du dossier médical | Version | 5 |
| | | Application | 16/04/2020 |
| | | Révision prévue | |

Ce formulaire est à remplir dans le cadre d'une demande de dossier médical.

1. Identité du demandeur

Je soussigné(e), NOM Prénom
 Nom de jeune fille
 Né(e) le/...../..... à
 Domicilié(e) à
 Email :

2. Dossier médical concerné

Demande de communication de votre dossier médical

Merci de joindre un justificatif d'identité parmi les suivants :

- Copie de votre carte d'identité
- Copie de votre passeport
- Copie de votre permis de conduire
- Copie de votre livret de famille
- Autre, à préciser

Demande de communication du dossier médical de :

NOM Prénom
 Nom de jeune fille
 Né(e) le/...../..... à

En la qualité de :

Tuteur

Merci de joindre les justificatifs suivants :

- une copie de votre pièce d'identité
- une copie de l'ordonnance du juge des tutelles

Mandataire

Merci de joindre les justificatifs suivants :

- un mandat expres¹ écrit et signé du patient / résident qui en précise la raison
- une copie de votre pièce d'identité
- une copie d'une pièce d'identité du patient / résident

Ayant droit²

Merci de préciser votre qualité :


- Conjoint Frère / Sœur
- Père / Mère Enfant
- Autre parent Autre, à préciser :

¹Un formulaire type de mandat expres est disponible à la demande

²La notion d'ayant droit englobe tous les successeurs légaux de la personne décédée (arrêté du 3 janvier 2007, JO du 16 janvier 2007)

Si le patient / résident dont le dossier demandé est vivant, le recueil de son consentement doit être obtenu avant de communiquer le dossier médical à un ayant droit ou professionnel de santé.

Consentement du patient / résident OUI NON
 Signature et date³:

| | | | |
|---|--|--------------------|------------|
|  | ENREGISTREMENT | DOS1-EN-001 | |
| | Formulaire de demande de communication du dossier médical | Version | 5 |
| | | Application | 16/04/2020 |
| | | Révision prévue | |

Si le patient / résident dont le dossier est demandé est décédé, préciser le motif de la demande (en application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique) :

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt
- Droits à faire valoir

Merci de joindre à votre demande les justificatifs suivants :

- une copie de l'acte de décès
- une copie du justificatif de cette qualité (livret de famille, acte notarié, attestation notariale, certificat d'hérédité, contrat particulier)
- une copie de votre pièce d'identité (si le justificatif fourni n'est pas le livret de famille)

3. Pièces du dossier médical demandées (copies des documents originaux)

- Le compte rendu d'hospitalisation en service de**
du/...../..... **au**/...../.....
- Le compte rendu de consultation du**/...../..... **au**/...../.....
- Les pièces essentielles du dossier médical**
- Autres documents (à préciser) :**
- La totalité du dossier médical**

***NB :** L'accès des ayants droit aux informations médicales du patient / résident décédé est limité. Ne sont communicables aux ayants droit que les éléments du dossier médical nécessaires pour répondre au motif de leur demande. L'accès des ayants droit aux informations médicales peut être refusé. Dans ce cas, le refus sera motivé et un certificat médical pourra être délivré, dans le respect du secret médical.*

4. Modalités de communication du dossier médical

Cocher une seule case :

- Je demande à venir consulter sur place le dossier médical en présence d'un médecin de l'établissement** (sur RDV uniquement).

Merci de préciser si vous souhaitez vous entretenir à cette occasion avec un médecin en particulier :


Nom : Prénom :

- Je demande l'envoi postal d'une copie du dossier médical à mon domicile**
- Je demande l'envoi postal d'une copie du dossier médical à un médecin que je désigne comme intermédiaire :**
Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Coordonnées téléphoniques :

- Je viendrai moi-même retirer la copie du dossier médical**

5. Tarifs de reproduction et/ou d'envoi du dossier médical

Conformément à la réglementation en vigueur, les frais correspondent exclusivement au coût de reproduction et d'envoi en recommandé avec accusé réception et en contre remboursement sont à la charge du demandeur selon ce barème :

| | | | |
|---|--|--------------------|------------|
|  | ENREGISTREMENT | DOS1-EN-001 | |
| | Formulaire de demande de communication du dossier médical | Version | 5 |
| | | Application | 16/04/2020 |
| | | Révision prévue | |

| | | |
|---|----------------------|--------|
| Photocopie / Impression en noir et blanc (format A4) | 0,18 € / page | |
| Photocopie / Impression en couleur (format A4) | 0,40 € / page | |
| Contretype radio (dimension 20/25, 26/36, 36/43) | 1,70 / 2,00 / 3,50 € | |
| Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception (Tarifs de La Poste, R2) | Jusqu'à 20 g | 4,48 € |
| | 20 à 50 g | 4,97 € |
| | 50 à 100 g | 5,50 € |
| | 100 à 250 g | 6,63 € |
| | 250 à 500 g | 7,56 € |
| | 500 g à 1kg | 8,69 € |

(Arrêté du 1er octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif)

6. Délai de communication du dossier médical

Les informations médicales seront communiquées au terme d'un délai de :

- 8 jours pour un dossier médical récent
- 2 mois pour un dossier médical dont la dernière pièce remonte à 5 ans

NB : L'article R1112-7 du Code de la Santé publique prévoit une durée de conservation du dossier médical de 20 ans (durée minimale). Ce délai commence à courir à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe du patient / résident dans l'établissement.

D'autres délais sont applicables dans les cas suivants :

- *Si le patient décède moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de 10 ans à compter de la date du décès.*
- *La mention des actes transfusionnels pratiqués et, le cas échéant, la copie de la fiche d'incident transfusionnel sont conservées pendant 30 ans à partir de la date de l'acte transfusionnel.*

7. Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), NOM Prénom


- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- Accepte de prendre en charge les frais de reproduction et le cas échéant, de l'envoi postal en recommandé du dossier médical demandé

NB : La copie du dossier médical vous sera remise ou adressée à réception du paiement dont le montant vous aura été communiqué au préalable.

Fait à, le.....
Signature du demandeur :

Votre demande de communication de dossier médical doit être adressé à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur
Hôpital Gériatrique de l'Isle Adam - Parmain Fondation Chantepie Mancier
9, rue Chantepie Mancier 95290 L'ISLE ADAM
Ou par email : direction@hgiap.fr

| | | | |
|---|--|--------------------|------------|
|  | ENREGISTREMENT | DOS1-EN-001 | |
| | Formulaire de demande de communication du dossier médical | Version | 5 |
| | | Application | 16/04/2020 |
| | | Révision prévue | |

| Modifications apportées | | | |
|-------------------------|------------|--------------|--|
| Version | Création | Modification | Nature des modifications |
| 1 | 10/06/2011 | | / |
| 2 | | 22/09/2016 | / |
| 3 | | 30/06/2016 | Mise en place d'un formulaire unique |
| 4 | | 06/01/2020 | Changement du numéro du protocole + mise en page actualisée |
| 5 | 30/06/2016 | 16/04/2020 | Ajout d'un mention sur le recueil du consentement du patient/résident en cas de demande de son dossier médical de son vivant par un mandataire |

| | <i>Rédacteur :</i> | <i>Valideur :</i> | <i>Approbateur :</i> |
|-----------------|------------------------------------|-------------------|----------------------|
| <i>Nom</i> | CARDEIRA Joana | CHAMMAH Fadi | HERBILLON Florine |
| <i>Fonction</i> | Assistante de direction et qualité | Directeur | Responsable Qualité |
| <i>Date</i> | 16/04/2020 | 16/04/2020 | 16/04/2020 |