

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.

PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE ☐ idem DEMANDEUR

NOM, Prénom du patient : _____

Né(e) le _____

Adresse (si différent du demandeur): _____

Téléphone : _____

QUALITE DU DEMANDEUR

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, des pièces justificatives complémentaires mentionnées ci-après seront nécessaires.

Qualité du demandeur	Pièces à joindre à la demande
☐ Le patient lui-même	✓ Copie Carte Nationale d'Identité ou Passeport
☐ Personne mandatée par le patient	✓ Mandat signé par le patient ; ✓ Copie d'une pièce d'Identité du mandataire ; ✓ Copie d'une pièce d'Identité de la personne concernée par la demande
☐ Ayant-droit : Motif de la demande : ☐ Connaître la cause du décès ☐ Défendre la mémoire du défunt ☐ Faire valoir ses propres droits <i>MOTIF A PRECISER afin de permettre à l'équipe médicale de cibler les documents utiles :</i> _____ _____ _____ _____	✓ Copie d'une pièce d'Identité 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 n'est pas décédé dans l'établissement
☐ Tuteur ☐ Représentant légal du mineur	✓ Copie d'une pièce d'Identité de la personne concernée par la demande ✓ Copie d'une pièce d'Identité du demandeur ✓ Copie du jugement de tutelle ✓ Acte de naissance ou copie du livret de famille)

NATURE DE LA DEMANDE

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 (2). L'équipe médicale responsable de la prise en charge du patient détermine quelles sont les pièces du dossier se rattachant à l'objectif invoqué.

Vous souhaitez :

- ☐ L'ensemble du dossier médical
- ☐ La partie du dossier correspondant à l'hospitalisation (Précisez la date) :/...../.....

Merci de préciser les éléments :

- ☐ Compte-rendu d'hospitalisation
- ☐ Compte-rendu de consultation
- ☐ Compte-rendu opératoire
- ☐ Résultats d'examens
- ☐ Autre(s) pièce(s) spécifique(s) :

Modalité de la communication du dossier médical (veuillez choisir une seule modalité) :

- ☐ Mon Espace Santé (n° de sécurité sociale : _____)
- ☐ Par mail sécurisé avec Bluefiles
- ☐ En recommandé à votre domicile
- ☐ Remise en mains propres : un rdv vous sera proposé
- ☐ Envoyé à un médecin par mail sécurisé (MonSISRA) :

- NOM Prénom _____
- Coordonnées _____

Fait le _____ à _____

Signature :

Demande et documents à retourner au service Qualité – Relation usagers :

Par mail : qualite@chvm.fr

Ou par courrier : CHVM – Service Qualité

179 rue du Dr Grange

73300 St Jean de Maurienne

Délais de transmission	Durée de conservation du dossier du patient
- 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.
Tout première demande est gratuite, au-delà, des frais de reproduction et d'envoi	
1 copie papier = 0,18 € 1 cliché radio = 2,75 €	1 CD d'imagerie = 2,75 € - Le montant du recommandé AR