

**Demande de communication du dossier patient par un tiers**

**Formulaire à retourner au :**

Centre Hospitalier du Sud Seine et Marne ; 1bis, rue Victor Hugo 77875 MONTEREAU-FAULT-YONNE

ou par Mail : [relation.usagers@ch-sud77.fr](mailto:relation.usagers@ch-sud77.fr)

⮩Identité du demandeur

**Je soussigné(e) Nom d ‘épouse** : ..............................................**prénom** : ..............................................................

**Nom de naissance** : .......................................................................... né(e) le :

Domicilié(e) à…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tel : ..................................................................................................... Mail :…………………………………………………..

⮩Je demande le dossier médical de :

**Nom de naissance du patient** : .......................................... **prénom** : .......................................................….

**Nom d’épouse** : ..................................................................... né(e) le : ...........................................................

Domicilié(e) à ............................................................................................................................................................

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

***J'exprime cette demande en ma qualité de*** (cocher la case correspondante à votre choix) :

□ **Titulaire de l'autorité parentale** □ père *ou* □ mère □ autre précisez :

Pièces à joindre à votre demande :

-copie de votre carte d’identité

-copie du livret de famille, (copie obligatoire de tous les feuillets remplis + le dernier vierge qui les suit)

-en cas de divorce : justificatif de l’autorité parental ou de la nomination en qualité de tuteur légal.

□ **Mandataire**

-Pièce à joindre à votre demande : ordonnance du juge des tutelles ou mandat express daté signé du patient concerné

-Copie de votre pièce d'identité et de celle du mandant.

□ **Ayant droit d'une personne décédée**

□ conjoint □ pacsé □ père-mère □ enfant □ autre

Pièces à joindre à votre demande :

-copie de votre carte d'identité

-livret de famille

-acte de décès (obligatoire)

-contrat de pacs (obligatoire)

-certificat d'hérédité ou acte ou attestation notarié

*NB : le droit d’accès de l’ayant droit est plus limité que celui dont dispose le patient lui-même.*

*En pratique, l’objectif annoncé par l’ayant droit ne peut donc être la simple reprise littérale de l’un des cas listés à l’article L1110-4 mais doit être circonstancié pour permettre à l’équipe médicale d’effectuer le tri dans éléments communicables. Précisons que si cette demande a pour objectif de connaître les causes du décès l’objectif se suffit à lui-même. Par contre, il ne suffit pas de prétendre faire valoir un droit ou défendre la mémoire du défunt, il faut motiver la demande.*

Pour les ayants-droits d'une personne décédée, **préciser le motif de la demande** :

□ connaître les causes du décès □ défendre la mémoire du défunt □ droits à faire valoir

La demande **doit être** circonstanciée pour les deux derniers motifs : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

► **R e n s e i g n e m e n t s f a c i l i t a n t l a r e c h e r c h e d e s i n f o r m a t i o n s m é d i c a l e s**

SITE : □ Fontainebleau □ Montereau-Fault-Yonne □ Nemours

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date d’entrée** | **Date de sortie** | **Service d’hospitalisation ou de consultation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**► N a t u r e d e s d o c u m e n t s d e m a n d é s**

**□ la totalité du dossier médical détenu**

**ou**

□ **Les pièces significatives du dossier médical**

*Conformément à l’article L1111-7 du Code de la Santé Publique, la reproduction des documents vous sera facturée. En revanche, la consultation sur place (sans reprographie) est gratuite.*

**FRAIS de copie et de communication**

**Tarif 2018**

* Photocopie A4 : 0,18 € (la feuille)
* Photocopie A3 : 0.40 € (la feuille)
* Cliché radio petit format : 0.45€
* Cliché radio moyen format : 1,60€
* Cliché radio grand format : 3,40€
* Scanner sans CDROM : 1,50 €
* Scanner/IRM CDROM : 2,75 €
* Mammographie 8\*/10 : 3€
* Mammographie 10\*/12  : 4 €
* Pochette examen : 0.50€

Frais d'envoi recommandé : minimum 4,46 €

à savoir : *(possibilité de sélectionner plusieurs pièces)*

□ Observations médicales

□ Compte-rendu opératoire

□ Dossier d'anesthésie

□ Compte-rendu d'examen

□ Compte-rendu d'hospitalisation

□ Compte-rendu de consultation

□ Dossier infirmier

□ Compte-rendu d'imagerie médicale

□ Clichés d'imagerie. Précisez les dates :

► **M o d a l i t é s d e c o m m u n i c a t i o n d e s d o c u m e n t s**

► **At t e s t a t i o n**

Je soussigné(e) **M, Mme, Mlle……………………………………………………………………..**

* certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
* accepte de prendre en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé

Les informations demandées ont été constituées depuis – 5 ans : les documents vous seront communiqués dans un délai de 8 jours.

Les informations demandées ont été constituées depuis + de 5 ans : les documents vous seront communiqués dans un délai de 2 mois.

Dans tous les cas, vous devrez attendre 48 heures après réception de votre demande. Ce délai de réflexion est imposé par la loi.

□ **Consultation sur place en présence d’un médecin** (au CH sur RDV) – ***gratuit***

□ **Remise de copie sur place** (aux admissions) – ***payant***

□ **Envoi postal** – recommandé avec accusé de réception ***payant***

Envoi : □ à moi-même *ou* □ à un médecin

Nom et prénom du médecin :………………………………………………. Adresse …………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DATE :** **SIGNATURE**

**Pour tout renseignement : 01 64 31 65 10**

**Cadre réglementaire :**

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 –Arrêté du 5 mars 2004 ; Décret 2006-6 du 4 janvier 2006, Arrêté du 3 janvier 2007, Article L 1111-7 ? L1110-4 et R 1111—7 du C.S.P. loi 2016-41 du 26 janvier 2016