

Demande de communication du dossier patient par un tiers (hors ayant droit d'une personne décédée)

Avant toute demande, afin d'y retrouver les documents afférents aux hospitalisations ou consultations du patient, nous vous invitons à consulter son espace santé sur www.monespacesante.fr



Formulaire à retourner au :

Centre Hospitalier du Sud Seine et Marne, Service des Relations Usagers
15 rue des Chaudins 77140 NEMOURS
ou par mail : relation.usagers@ch-sud77.fr

► Je demande le dossier médical de :

Nom de naissance du patient : Prénom(s) :

Nom marital : né(e) le :

Domicilié(e) à

► Identité du demandeur

Nom de naissance : Prénom(s) :

Nom marital : né(e) le :

Domicilié(e) à

Tél (obligatoire) : Mail :

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

Titulaire de l'autorité parentale Père ou Mère Autre, précisez :

Pièces à joindre à votre demande :

- Copie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, ou passeport en cours de validité),
- Copie du livret de famille (copies de tous les feuillets remplis et du feuillet vierge qui les suit),
- En cas de divorce : justificatif de l'autorité parentale ou de la nomination en qualité de tuteur légal.

Personne en charge de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne

A noter : Les autres mesures de protection (notamment « mesure de protection avec assistance »), ne donnent pas le droit d'accès au dossier médical du patient.

Pièce à joindre à votre demande :

- Ordonnance du juge des tutelles ou mandat express daté signé de la personne protégée s'il s'agit d'une mesure de protection juridique avec assistance,
- Copie de votre pièce d'identité et de celle de la personne protégée.

Mandataire

Pièce à joindre à votre demande :

- Mandat express daté signé du patient concerné,
- Copie de votre pièce d'identité et de celle du mandant.

► Renseignements facilitant la recherche des informations médicales

SITE(S) CONCERNE(S) : Fontainebleau Montereau-Fault-Yonne Nemours

Date(s) d'entrée	Date(s) de sortie	Service(s) d'hospitalisation ou de consultation

► Nature des documents demandés

Cocher les pièces souhaitées du dossier médical :

- Observations médicales
- Compte(s)-rendu(s) opératoire
- Dossier d'anesthésie
- Compte(s)-rendu(s) d'examen
- Compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation
- Compte(s)-rendu(s) de consultation
- Dossier infirmier
- Compte(s)-rendu(s) d'imagerie médicale
- Clichés d'imagerie, précisez les dates :

.....
A défaut de précision sur les éléments attendus, **seule la copie du dernier compte-rendu** vous sera adressée par courrier simple sans frais s'il s'agit d'une première demande.

S'agit-il d'une première demande ? Oui Non

Frais de copie à votre charge dès la seconde demande

► Modalités de communication des documents

- Consultation sur place en présence d'un médecin** (sur le site concerné sur RDV) – *gratuit*
- Retrait sur place** (aux admissions du site concerné)
- Envoi par voie électronique** - *un code vous sera transmis par téléphone pour accéder aux documents*
- Envoi postal** – envoi simple
- Envoi postal** – envoi recommandé avec accusé de réception (cf. frais de communication)

Envoi : à moi-même *ou* à un médecin

Nom et prénom du médecin :

Adresse :

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

Frais de copie et de communication :

Frais de copie et de communication

• Photocopie A4	: 0,18 € (la feuille)
• Photocopie A3	: 0,40 € (la feuille)
• Cliché radio	: 1,60 €
• 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 €

► Attestation

Je soussigné(e) **M, Mme**,
- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus,
- accepte de prendre en charge les frais de reproduction dès la seconde demande et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé.

DATE :

SIGNATURE :

Réservé à l'administration :

Je soussigné(e)

demeurant au :

.....
reconnait avoir reçu ce jour, en main propre, les documents du dossier patient relatifs à cette demande.

Le : Signature :

Pour tout renseignement : 01 64 45 19 06

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 ; Articles L1111-7, L1110-4 et R 1111-7 du C.S.P. loi 2016-41 du 26 janvier 2016