

	ENREGISTREMENT	Référence : EN DPA5 001
	Formulaire de demande de communication d'un dossier médical	Date d'application : 20/01/2017 Dernière révision : 20/01/2017 Version : 1 Nombre de pages : 4

1. Identité du demandeur

Je soussigné(e), NOMPrénom.....

Nom de jeune fille

Né(e) leà

Domicilié(e) à

.....

.....

Email :

2. Dossier médical concerné

Demande de communication de votre dossier médical

Merci de joindre à votre demande un justificatif d'identité :

- 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 :

NOMPrénom.....

Nom de jeune fille

Né(e) leà

En la qualité de :

- **Tuteur**.....

Merci de joindre à votre demande les justificatifs suivants :

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

- **Mandataire**.....

Merci de joindre à votre demande les justificatifs suivants :

- un mandat exprès 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 droit**

NB :

-Uniquement si la personne est décédée et sauf volonté contraire exprimée par celle-ci de son vivant.

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

Merci de préciser :

-Ayant droit en la qualité de :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Frère / Sœur |
| <input type="checkbox"/> Père / Mère | <input type="checkbox"/> Enfant |
| <input type="checkbox"/> Autre parent | <input type="checkbox"/> Autre, à préciser |

- le motif de votre 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
- (notamment droit à pension, droit à assurance, réparation d'un préjudice)

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**.....

Les pièces essentielles du dossier médical

Autres documents (à préciser)

.....
.....

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

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 :

OU

Je demande l'envoi postal d'une copie du dossier médical à mon domicile

OU

Je demande l'envoi postal d'une copie du dossier médical à ce médecin que je désigne comme intermédiaire :

Nom : Prénom :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques :

OU

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 correspondants 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 :

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 ou plus.

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 du patient dans l'établissement. Ce délai de conservation s'applique pour les établissements publics et privés.

Pour votre information, d'autres délais sont applicables dans les cas suivants :

- Pour un mineur de moins de 8 ans, le dossier médical est conservé jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 28 ans.
- 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), NOMPrénom.....

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

Merci d'envoyer votre demande de communication de dossier médical à :

Monsieur le Directeur
Clinique Médicale de Ville d'Avray
23, rue Pradier
92410 VILLE D'AVRAY