

**Formulaire de demande de dossier médical**

Créé le : novembre 2002

Modifié le : janvier 2015

J:\SIGRHYQ\QUALITE\Gestion documentaire\Accès dossier médical

Version n°6

Page 1/2

RAPPEL

Les établissements de santé ne sont pas tenus de conserver les dossiers médicaux au-delà de 20 ans à compter de la dernière prise en charge du patient dans leur enceinte, à l'exception des dossiers transfusionnels (30 ans), des dossiers de patients décédés (10 ans) et des dossiers de patients de moins de 8 ans lors de leur hospitalisation (jusqu'à leurs 28 ans).

1) IDENTITE DU DEMANDEUR (joindre une copie recto-verso de votre pièce d'identité officielle)

Je soussigné(e) M./Mme Né (e) le ___ / ___ / _____ à

Domicilié à :

CP : Ville :

Téléphone (recommandé) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Mél (facultatif) :

Demande la communication : (une seule case cochée par demande) de mon dossier médical du dossier de mon enfant mineur (**remplir case 2**) en qualité de représentant légal (**joindre une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance avec filiation datant de moins de 3 mois**) du dossier d'une personne protégée (**remplir case 2**) en qualité de tuteur (**joindre une copie du jugement + une copie pièce d'identité de la personne protégée**) du dossier d'une personne décédée (**remplir case 2 et IMPERATIVEMENT la case 5 au verso**) en qualité d'ayant droit (**héritier de la personne décédée**) (**joindre une copie de tout document attestant de votre qualité d'ayant-droit : livret de famille, acte notarié**) du dossier d'une personne mandante (**remplir case 2**) en qualité de mandataire (**joindre une copie du mandat + une copie pièce d'identité de la personne mandante**)**2) IDENTITE DU PATIENT DONT LE DOSSIER EST DEMANDE (si différent du demandeur)**

Nom : Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____ Lieu :

3) Les documents demandés concernent : une hospitalisation du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____ une consultation réalisée le ___ / ___ / _____ un examen d'imagerie médicale (radiologie, scanner...) réalisé le ___ / ___ / _____ un examen de laboratoire réalisé le ___ / ___ / _____Sur le site de : Poissy St-Germain

Dans le service de

4) MODALITES D'ACCÈS SOUHAITÉES Consultation sur place à l'hôpital (consultation gratuite, **copies payantes sur demande**) Copie payante du dossier avec envoi postal en recommandé (**facture à acquitter ***) Copie payante du dossier à retirer au 1er étage du Pavillon Courtois au 20 rue Armagis à St-Germain-en-Laye sur rendez-vous au 01.39.27.57.10 (**facture à acquitter ***)**PIECES DEMANDEES** (en cas de demande d'accès partiel) :

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

**Formulaire de demande de dossier médical**

Créé le : nov. 2002

Modifié le : janvier 2015

J:\SIGRHYQ\QUALITE\Gestion documentaire\Accès dossier médical

Version n°6

Page 2/2

5) MOTIVATION DE LA DEMANDE D'UN AYANT-DROIT (*héritier de la personne décédée*)

La possibilité pour un ayant droit d'avoir accès aux informations médicales concernant une personne décédée découle des articles L. 1111-7 et L. 1110-4 du Code de la santé publique.

L'accès des ayants-droit est restreint et strictement encadré.

En effet, le décès d'une personne ne met pas fin au secret protégeant sa vie privée, ni au secret médical.

Plusieurs conditions doivent être remplies :

- la personne décédée ne doit pas de son vivant s'être opposée à cette communication ;
- le demandeur doit avoir la qualité d'ayant droit ;
- la demande doit être expressément fondée sur une ou plusieurs des trois motivations figurant dans l'alinéa final de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique :
 - connaître les causes de la mort
 - défendre la mémoire du défunt
 - faire valoir ses droits

L'établissement n'est tenu de communiquer à l'ayant droit que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'il poursuit.

RAPPEL

Vous souhaitez :

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt (**dans ce cas : répondez à la question suivante**)

Quelles affirmations malveillantes, au moins en apparence, ont été proférées publiquement qui vous paraissent nuire à la mémoire du défunt ?

.....
.....

Faire valoir vos droits (**dans ce cas : répondez aux 2 questions suivantes**)

Quel(s) droit(s) souhaitez-vous faire valoir ?

.....
.....

De quelles informations relatives à la santé de la personne défunte avez-vous besoin pour répondre à vos souhaits ?

.....
.....

Fait le : ___ / ___ / _____

A :

Signature du demandeur :

Cet imprimé dûment complété est à adresser à :

Monsieur le Directeur

Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy/Saint-Germain-en-Laye

CS 73082 – 78303 POISSY Cedex

Base légale :

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.
- Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations des bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne et notamment l'accompagnement de cet accès.
- Arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004.