

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 à vos hospitalisations ou consultations, nous vous invitons à consulter l'espace santé du patient 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

Tel : 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 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