

Direction de la Qualité et Gestion des Risques
→ (Tél. : 01 34 06 60 40 / courriel : sec.dqcl@ch-simoneveil.fr)

Formulaire de demande de Dossier Médical

N° de dossier interne
20 __ / __ __

Article L1111-7 du code de la Santé Publique : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. [...]»
« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin. En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4 .»

→ **Identité du demandeur et du patient**

Qualité du demandeur : Patient Tuteur Ayant droit Représentant légal

NOM et prénom du demandeur :

Adresse du demandeur :

.....

Tél. : Courriel :@.....

Patient :

NOM et prénom du patient :

NOM de naissance pour les femmes mariées :

Date de naissance : __ / __ / ____

→ **Service(s) concerné(s) par la demande**

Service	Site	Consultation ou hospitalisation	Date
	<input type="checkbox"/> Eaubonne <input type="checkbox"/> Montmorency	<input type="checkbox"/> consultation <input type="checkbox"/> hospitalisation	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____
	<input type="checkbox"/> Eaubonne <input type="checkbox"/> Montmorency	<input type="checkbox"/> consultation <input type="checkbox"/> hospitalisation	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____
	<input type="checkbox"/> Eaubonne <input type="checkbox"/> Montmorency	<input type="checkbox"/> consultation <input type="checkbox"/> hospitalisation	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____
	<input type="checkbox"/> Eaubonne <input type="checkbox"/> Montmorency	<input type="checkbox"/> consultation <input type="checkbox"/> hospitalisation	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

→ **Document(s) souhaité(s)**

Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu d'imagerie médicale (scanner, IRM, radio, échographie ...)

Compte-rendu opératoire

Résultats d'examens de laboratoire

Autres (précisez) :

Compte-rendu/examens (réalisés à l'extérieur de l'Hôpital Simone Veil)

→ **Pièces justificatives à fournir**

Patient	Ayant droit
<ul style="list-style-type: none">➤ Copie de la pièce d'identité recto/verso	<ul style="list-style-type: none">➤ Copie de la pièce d'identité du demandeur recto/verso➤ Copie du certificat de décès➤ Copie du livret de famille et/ou de l'acte de naissance et/ou de l'acte notarié
<p>Représentant légal <i>(parent d'un enfant mineur)</i></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Copie de la pièce d'identité du demandeur recto/verso➤ Copie du livret de famille ou de l'acte de naissance	<p><i>Article L1110-4 du Code de la santé publique</i> : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations médicales concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire opposée par la personne avant son décès »</p>
<p>Tuteur <i>(mineur ou majeur placé sous le régime de la tutelle)</i></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Copie de la pièce d'identité du patient recto/verso➤ Copie de la pièce d'identité du demandeur recto/verso➤ Copie du jugement de tutelle	<p>Précisez le motif :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès<input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt<input type="checkbox"/> Faire valoir vos droits <p>Détaillez :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

→ **Modalités d'envoi de la demande**

➤ **Par courrier ou dépôt**

Hôpital Simone Veil - Direction Qualité et Gestion des Risques
Bâtiment Le Porche
14 rue de Saint Prix - 95600 EAUBONNE

➤ **Par courriel**

sec.dqcl@ch-simoneveil.fr

→ **Formalités de remise des éléments du dossier médical**

Article L1111-7 du code de la Santé Publique : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues [...]. Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, **dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande** et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. **Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans** ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. »

« La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents. »

Les frais de copie et/ou d'envoi devront être acquittés avant la remise du dossier médical. A cette fin, une facture vous sera délivrée

→ Frais de copie (0,18 euros/copie) et/ou frais d'envoi (5,31 euros)

→ **Modalités de transmission**

➤ **Transmission au demandeur**

- Envoi postal** en recommandé avec accusé de réception
- Remise en mains propres**

➤ **Transmission à un tiers**

NB : Le patient peut autoriser l'établissement à transmettre les documents à une personne désignée ou à les remettre en mains propres à un tiers (exemple : le patient X peut autoriser l'Hôpital à transmettre les éléments du dossier médical à Mme Y, sa fille)

- Envoi postal** en recommandé avec accusé de réception
- Remise en mains propres**

Je soussigné(e), M. Mme (NOM et Prénom).....
autorise l'Hôpital Simone Veil à transmettre à M. Mme (Nom et prénom).....
domicilié(e).....
(Tél. :.....Courriel :@.....)
les éléments du dossier médical que j'ai demandé auprès de la Direction de la Qualité et Gestion des Risques.

Date : __ / __ / ____

Signature :

Je reconnais au titre de **Patient** **Tuteur** **Ayant droit** **Représentant légal, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical.**

Date : __ / __ / ____

Signature :

Réservé à la Direction de la Qualité et Gestion des Risques

→ Clôture du dossier

Délai légal d'envoi : 8 jours (séjour de moins de 5 ans) 60 jours (séjour de plus de 5 ans)

Date clôture de gestion du dossier secrétariat : __ / __ / ____ Initiales : __ __

Nombre de copies transmises : __ __ + __ CD ROM

➤ Si remise en mains propres, appel fait le : __ / __ / ____
(message laissé sur le répondeur) Initiales : __ __

Courriel envoyé le : __ / __ / ____ Initiales : __ __

➤ Si transmission par la poste, date : __ / __ / ____ Initiales : __ __

N° de bordereau d'accusé de réception : __ - - - - -

Attestation de remise des éléments du dossier médical en mains propres (à remplir par la personne qui retire les documents)

Je soussigné(e), M. Mme
(le cas échéant) représentant légal ou ayant droit de M. Mme,
atteste que, sur demande, les éléments du dossier médical m'ont été remis en mains propres ce
jour.

Date : __ / __ / ____

Signature :