

**Direction des Relations Extérieures, de la Coordination
et de la Communication**

→ (Tél. : 01 34 06 60 40 / courriel : sec.drecc@ch-simoneveil.fr)

Formulaire de demande de Dossier Médical

N° de dossier interne

20 __ / __ - __

→ **Identité du demandeur et du patient**

Qualité du demandeur :

- Patient Tuteur Ayant droit Représentant légal
 Mandataire Curateur (à la personne) Patient émancipé Médecin prescripteur ou désigné

NOM et prénom du **demandeur** :

Adresse du **demandeur** :

.....

Tél. : Courriel :@.....

Patient :

NOM et prénom du **patient** :

NOM de naissance pour les personnes mariées :

Date de naissance :/...../.....

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

Service	Site	Consultation ou hospitalisation	Date (mois + année si date exacte inconnue)
	<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 Et/ou de consultation
 Compte-rendu opératoire
 Clichés de radiologie argentique (procédure de prêt)
 Empreinte dentaire (procédure de prêt)
 Autres (précisez) :
.....
.....
- Compte-rendu d'imagerie médicale (scanner, IRM, radio, échographie ...)
 Résultats d'examens de laboratoire
 Compte-rendu/examens (réalisés à l'extérieur de l'Hôpital Simone Veil)

→ **Pièces justificatives à fournir**

<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Copie de la pièce d'identité recto/verso 	<p>Ayant droit (y compris concubin notoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Copie de la pièce d'identité du demandeur recto/verso ➤ Copie de l'acte de décès ➤ Copie du livret de famille et/ou de l'acte de naissance avec filiation ➤ Copie de l'acte notarié en cas d'ascendant ou descendant indirect ➤ Preuve du concubinage notoire (certificat de concubinage, facture ou document commun au couple, ...) <p><u>Précisez le motif :</u></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><u>Détaillez :</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Représentant légal (parent d'un enfant mineur) SAUF OPPOSITION DU MINEUR</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>Curateur à la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Copie de la pièce d'identité du patient recto/verso ➤ Copie de la pièce d'identité du mandataire judiciaire recto/verso ➤ Copie du jugement de curatelle avec autorisation écrite du patient 	
<p>Tuteur à la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Copie de la pièce d'identité du patient recto/verso ➤ Copie de la pièce d'identité du mandataire judiciaire recto/verso ➤ Copie du jugement de tutelle 	<p>Tuteur aux biens</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Copie de la pièce d'identité du patient recto/verso ➤ Copie de la pièce d'identité du mandataire judiciaire recto/verso ➤ Copie du jugement de tutelle ➤ Accord écrit du patient
<p>Médecin prescripteur ou désigné</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Copie de la pièce d'identité du médecin ➤ Copie de la carte professionnelle ➤ Copie de la pièce d'identité du patient ➤ Accord écrit et signé du patient 	

→ **Modalités d'envoi de la demande**

➤ **Par courrier**

Hôpital Simone Veil – Direction des Relations Extérieures, de la Coordination et de la Communication
14 rue de Saint Prix - 95600 EAUBONNE

➤ **Par courriel**

sec.drecc@ch-simoneveil.fr

➤ **Par dépôt**

Hôpital Simone Veil – Régie
Bâtiment Changeux
14 rue de Saint Prix – 95600 EAUBONNE

→ **Modalités de transmission**

➤ **Transmission au demandeur**

- Envoi postal** en recommandé avec accusé de réception
- Remise en mains propres**
- Consultation** gratuite sur place

➤ **Transmission à un mandataire**

*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)
Joindre la photocopie de la carte d'identité du tiers ou du mandataire*

- 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 des Relations Extérieures, de la
Coordination et de la Communication

Date : __ / __ / ____

Signature :

Je reconnais au titre de

- Patient** **Tuteur** **Ayant droit** **Représentant légal** **Mandataire**
- Curateur** (à la personne) **Patient émancipé** **Médecin prescripteur ou désigné**

Avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical.

Date : __ / __ / ____

Signature :

TEXTES DE REFERENCE

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 .»

Mandataire : Arrêté du 05 mars 2004 du Code de la Santé Publique portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relative à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne et notamment de l'accompagnement à cet accès

Ayant droit, concubin, PACS : Articles L1111-7, L1110-4, R1111-1 et 7 du Code de la Santé Publique

Autres demandeurs : Articles R1112-4 et R1111-1 du Code de la Santé Publique

Tuteur et Curateur : Article L1111-7 modifié en 2016 du Code de la Santé Publique, Avis CADA n°20165439 du 12/01/2017

Représentant Légal : Article L1111-7 et R1111-6 du Code de la Santé Publique

Opposition du mineur à l'accès de son dossier : Article L1111-7 et R1111-6 ; L1111-5 et R1111-6 du Code de la Santé Publique

Tarifs : arrêté du 31/10/2001 et du 01/10/2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif

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)

Arrêté du 01 octobre 2001 relatif aux conditions de fixation des frais de copie d'un document