

*Textes de référence : La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relatives aux droits des malades et à la qualité de prise du système de santé.
Le décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.
L'arrêté du 5 mars 2004 portant homologations des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.*

* QUI A ACCES AU DOSSIER MEDICAL ?

• la personne concernée	<p>Pour chaque demande :</p> <p>un justificatif d'identité (carte d'identité, livret de famille, passeport,...)</p>	
• la personne désignée par le patient : - soit la personne de confiance (art. R.1111-6 du code de la santé public), - soit le médecin de son choix		accord écrit du patient.
• la personne ayant l'autorité parentale (pour un patient mineur, sauf opposition exprimée par le patient)		copie de l'ordonnance ou jugement.
• le tuteur (pour un majeur protégé)		copie du jugement du tribunal.
• les ayants droit (uniquement en cas de décès du patient, sauf refus exprimé de son vivant)		copie de pièces justifiant la qualité d'ayant-droit.

* LES MODALITES D'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES :

1/ En cours de séjour :

- La personne concernée s'informe lors de la visite médicale.
- Les personnes ayant légalement accès au dossier d'un patient peuvent avoir un entretien avec un médecin sur rendez-vous.

2/ En dehors du séjour :

📁 Consultation sur place : **recommandé**

- Sur rendez-vous, toujours en présence d'un membre de l'établissement (au mieux un médecin). Il est préférable d'effectuer cette demande par écrit (voir point suivant). Cet accompagnement vise à faciliter votre recherche et à répondre à vos interrogations. La délivrance de copies est possible (à titre payant). Une lettre de frais comprenant la liste des copies réalisées sera conservée dans le dossier.

Dans l'impossibilité de reproduire les radiographies, ces documents ne peuvent être consultés que sur place (seule la copie des comptes-rendus écrits peut vous être délivrée, *art. 2 du décret du 29/04/2002*).

📁 Envoi de documents :

- Une demande écrite doit être adressée par courrier au directeur de l'établissement, comportant la date du séjour et le médecin ou l'unité de prise en charge, les motivations de l'accès aux informations (obligatoire pour les ayants droits), une pièce justificative d'identité (copie recto-verso), une copie de justificatif de votre qualité d'ayant droit ou de tuteur (livret de famille, contrat juridique,...), les pièces du dossier qui vous intéressent, un justificatif de domicile pour les envois de copie (copie de quittance ou facture téléphone, électricité, ...).
- La délivrance de copies est payable à réception de la lettre de frais (comprenant le coût des documents copiés et celui de l'affranchissement).

IDENTITE :

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

TELEPHONE : DOMICILE : ___/___/___/___/___ PORTABLE : ___/___/___/___/___

- Patients Ayant droit (joindre justificatif :copie livret de famille et préciser le nom du patient)

MODALITES DE RETOUR DE LA DEMANDE

Ce présent formulaire est à retourner complété et accompagné de la photocopie de votre pièce d'identité. Les pièces d'identité acceptées sont : carte nationale d'identité recto-verso, passeport page 2 et 3, carte de séjour recto-verso,

A l'adresse suivante :

Madame la directrice du centre hospitalier de Montrichard
BP30049
14, rue des BOIS
41400 Montrichard Val de Cher

ELEMENTS DU DOSSIER MEDICAL SOUHAITES

- JE SOUHAITE OBTENIR L'INTEGRALITE DU DOSSIER MEDICAL TOUTES PERIODES CONFONDUES
 JE SOUHAITE OBTENIR L'INTEGRALITE DU DOSSIER MEDICAL CONCERNANT LA OU LES PERIODES SUIVANTES :

-
 JE NE SOUHAITE OBTENIR QUE LES ELEMENTS SUIVANTS :
.....
.....

MOTIVATION DE LA DEMANDE, OBLIGATOIRE POUR LES AYANTS DROITS :

MODE DE COMMUNICATION

- ENVOI DE LA REPRODUCTION A MON DOMICILE (JUSTIFICATIF DE DOMICILE A FOURNIR IMPERATIVEMENT)
 REMISE DE LA REPRODUCTION SUR PLACE (UN RENDEZ-VOUS VOUS SERA FIXE)
 CONSULTATION DE MON DOSSIER SUR PLACE (UN RENDEZ-VOUS VOUS SERA FIXE)
 ENVOI DE LA REPRODUCTION A MON MEDECIN : (PRECISER CI-DESSOUS)

NOM DU MEDECIN :

ADRESSE DU MEDECIN :

TELEPHONE DU MEDECIN : ___/___/___/___/___

COÛTS DE REPRODUCTION ET D'ENVOI

les tarifs en vigueur peuvent être donnés sur simple demande.

J'ai pris connaissance des coûts de reproduction et d'envoi et m'engage à les régler par la présente demande. J'atteste sur l'honneur la véracité des informations mentionnées dans la présente demande et l'authenticité des pièces justificatives dont je vous joins la copie.

A,
le

SIGNATURE

NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LES JUSTIFICATIFS DEMANDES