



FORMULAIRE Demande d'accès au dossier médical

Site : **Dourdan** **Etampes**

à adresser au Directeur du Centre Hospitalier Sud-Essonne
avec les justificatifs précisés ci-après

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Mme/Melle/M (rayer les mentions inutiles)

Nom marital (même en cas de divorce) :

Nom de naissance :

Prénom : Né(e) le : / /

Adresse complète :
.....
.....

Téléphone fixe : Portable :

IDENTIFICATION DU PATIENT (si différent du demandeur)

Mme/Melle/M (rayer les mentions inutiles)

Nom marital (même en cas de divorce) :

Nom de naissance :

Prénom : Né(e) le : / /

QUALITÉ DU DEMANDEUR ET DOCUMENTS A FOURNIR

Pièce à fournir

Bordereau à remplir

<input type="checkbox"/> Patient	Copie d'une pièce d'identité valide	} BORDEREAU N°1
<input type="checkbox"/> Détenteur de l'autorité parentale (enfant vivant ou décédé) <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Livret de famille + pièce d'identité + jugement de divorce le cas échéant	
<input type="checkbox"/> Tuteur	Acte de mise sous tutelle + pièces d'identité du patient et tuteur	
<input type="checkbox"/> Curateur (dans certains cas)	Acte de mise sous curatelle + pièces d'identité du patient et curateur	
<input type="checkbox"/> Médecin désigné	Courrier à entête + autorisation écrite du patient	
<input type="checkbox"/> Ayant droit (en cas de décès du patient) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Epoux, épouse <input type="checkbox"/> Signataire d'un PACS <input type="checkbox"/> Autre	Livret de famille + pièces d'identité Livret de famille + pièces d'identité Acte de notoriété + pièces d'identité Acte de notoriété + pièces d'identité	} BORDEREAU N°2

MODALITÉS D'ACCÈS AU DOSSIER

Retrait au CHSE site de :

Dourdan

Etampes

Envoi postal à mon adresse, en recommandé avec Accusé de Réception

Envoi postal au Docteur, en recommandé avec Accusé de Réception :

Adresse complète :

.....
.....

Consultation sur place (vous pouvez venir accompagner d'une personne de votre choix) :

Avec présence d'un médecin : Dr

Sans présence d'un médecin

Prévoir des photocopies des pièces du dossier (payant) oui non

Aucun document médical ne peut être envoyé à une adresse électronique personnelle.

BORDEREAU N°1

Patient, détenteur de l'autorité parentale, tuteur, curateur, médecin désigné

Afin de répondre au mieux à votre demande et limiter les frais inutiles, merci de donner le maximum d'informations utiles au bienfondé de votre dossier (motif de votre demande si possible, circonstances particulières, date de rendez-vous médical, date d'expertise, déménagement...).

MOTIF ET CIRCONSTANCES

.....

.....

.....

TYPE DE DOCUMENTS DEMANDÉS

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu opératoire
- Compte-rendu d'accouchement
- Courriers de consultations
- Observations médicales
- Compte-rendu des radiographies, scanners, IRM
- Duplicata des clichés radiologiques (hospitalisation)
- Résultats d'examens complémentaires
- Résultats de laboratoire
- Dossiers de soins paramédicaux
- Intégralité du dossier (attention aux frais occasionnés)
- Autres, précisez :

Composition d'un dossier médical (liste non exhaustive) : observations médicales manuscrites, comptes rendus médicaux ou opératoires, feuilles de prescriptions, courriers de consultations ou d'hospitalisations, clichés d'imagerie médicale et comptes rendus, images ou tracés d'examens complémentaires et comptes rendus, dossiers de soins paramédicaux, feuilles de recueil d'informations médicales et feuilles de traçabilité, certificats médicaux, imprimés de prise en charge CPAM...

PÉRIODES ET SERVICES CONCERNÉSDate(s) : / / Service(s) : Site Etampes Site Dourdan Date(s) : / / Service(s) : Site Etampes Site Dourdan Date(s) : / / Service(s) : Site Etampes Site Dourdan

Fait le : / /

Signature du demandeur

A

BORDEREAU N°2

Ayant-droit

Sauf volonté contraire exprimée par la personne décédée, l'ayant-droit a accès aux seuls éléments du dossier médical répondant à l'un des trois motifs recevables.

MOTIF DE LA DEMANDE

Merci de cocher l'un des trois motifs recevables, ou plusieurs si tel est le cas, et de donner quelques précisions afin de retrouver le ou les documents pouvant répondre à votre demande.

Date du décès : / /

Connaître les causes du décès

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

Faire valoir ses droits

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

Honorer la mémoire

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

Fait le : / /

Signature du demandeur

A

INFORMATIONS AUX PATIENTS

Document à conserver par le demandeur

Toute demande incomplète, sans justificatif d'identité ou de recevabilité, ne sera pas traitée.

Un dossier médical est personnel et protégé par la loi. Seul le patient lui-même et certaines personnes habilitées peuvent accéder à son contenu. La révélation de certaines informations médicales à des tiers qui ne sont pas habilités à les recevoir, peut avoir des conséquences importantes pour le patient.

Tout établissement de santé est garant de la conservation des dossiers médicaux de ses patients. Seules des copies peuvent être fournies. Les frais de reprographie et, le cas échéant, d'expédition des copies sont à votre charge, selon les tarifs indiqués ci-dessous.

Si vous choisissez de demander l'intégralité du dossier, assurez-vous avant que les frais occasionnés par la reproduction et l'expédition ne soient pas trop importants pour vous, car un dossier médical varie en taille selon vos séjours et passages dans l'établissement.

Le département d'informations médicales se tient à votre service pour toute demande d'informations complémentaires (coordonnées ci-dessous).

Vous trouverez les informations de références sur le site internet :

<https://www.servicepublic.fr/particuliers/vosdroits/F12210>

Tarifs :

Photocopies		0,18 €
Chemise cartonnée		0,05 €
Sous chemise		0,03 €
Enveloppe 26 x 33		0,05 €
Enveloppe 37 x 44		0,25 €
Duplicata de radiographie	grand format	22,05 €
Duplicata de radiographie	petit format	11,02 €
Duplicata DVD clichés radiologiques		12,00 €
Duplicata de scanner ou IRM		5,00 €
Frais d'expédition selon le poids	Ecopli	selon tarification postale
	Lettre verte	selon tarification postale
	Prioritaire	selon tarification postale
	Recommandée avec AR	selon tarification postale

Centre Hospitalier Sud-Essonne

2 rue Potelet – BP 102 – 91415 DOURDAN CEDEX - Tel: 01.60.81.58.58. Fax : 01.60.81.59.66.

26, Avenue Charles de Gaulle - 91150 ETAMPES Cedex - Tel: 01.60.80.79.58. Fax : 01.60.80.77.83.

direction@ch-sudessonne.fr

Département d'informations médicales

Dourdan : 01.60.81.58.06 - Etampes : 01.60.80.78.80