

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Groupe Hospitalier Saintes - Saint-Jean- d'Angély

Direction relations avec les Usagers -
BP 10326 – 17108 SAINTES Cedex

Tél : 05.46.95.14.28

Mail : relations-usagers@gh-saintesangely.fr

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) **NOM** : **Prénom** :

NOM de naissance : **Né(e) le** : à

Adresse :

Téléphone : **Mail** :

1 JE demande MON DOSSIER MEDICAL

JUSTIFICATIF D'IDENTITE à joindre à votre demande : copie de votre carte d'identité ou titre de séjour (recto et verso)

ou copie de votre passeport en cours de validité

ou

2 JE demande le dossier médical d'UNE AUTRE PERSONNE VIVANTE (*)

(*) cochez la ou les cases correspondant à votre situation

Nom du patient : **Prénom** :

Nom de naissance : **né(e) le** : à

Adresse :

J'EXPRIME CETTE DEMANDE EN MA QUALITE DE :

Titulaire de l'autorité parentale :

père mère

Mandataire judiciaire :

Personne mandatée par le patient :

Pièces à joindre à votre demande :

· copie de votre carte d'identité, titre de séjour ou de votre passeport en cours de validité,
· copie du livret de famille
· en cas de séparation ou de divorce : l'ordonnance du juge aux affaires familiales.

· copie de votre carte d'identité, ou de votre passeport en cours de validité
· ordonnance du juge des contentieux de la protection (ex juge des tutelles)

· copie des justificatifs d'identité en cours de validité du patient concerné + personne mandatée
· document justifiant du mandat : **autorisation écrite du patient**

HOSPITALISATION(S) et/ou CONSULTATION(S) concernées par la demande

Site :	SERVICES	DATES
<input type="checkbox"/> Saintes		
Et / ou		
<input type="checkbox"/> St Jean d'Angély		

NATURE DES PIECES DEMANDEES du dossier médical du patient vivant

DOSSIER MEDICAL <input type="checkbox"/> observations médicales <input type="checkbox"/> observations avis spécialisés <input type="checkbox"/> prescriptions <input type="checkbox"/> comptes rendus de consultation <input type="checkbox"/> comptes rendus d'hospitalisation et/ou lettre de liaison <input type="checkbox"/> comptes rendus opératoires ou d'accouchement <input type="checkbox"/> comptes rendus examens complémentaires <input type="checkbox"/> comptes rendus d'examens de biologie (laboratoire) <input type="checkbox"/> comptes rendus d'imagerie <input type="checkbox"/> clichés d'imagerie (radio, scanner, échographie, IRM...) <input type="checkbox"/> Intégralité du dossier médical	<input type="checkbox"/> DOSSIER D'ANESTHESIE DOSSIER DES URGENCES <input type="checkbox"/> comptes rendus des urgences <input type="checkbox"/> prescriptions-plans de soins-pancarte-surveillance <input type="checkbox"/> courrier de sortie <input type="checkbox"/> certificats DOSSIER INFIRMIER <input type="checkbox"/> plans de soins et d'administration de traitement <input type="checkbox"/> pancarte et grilles de surveillance <input type="checkbox"/> macro cibles entrée-séjour-sortie <input type="checkbox"/> transmissions
<input type="checkbox"/> AUTRE (précisez) :	DOSSIER TRANSVERSAL <input type="checkbox"/> observations / soins dispensés par autres professionnels de santé (diététique, kiné...)

Information :

Article R.1112-7 : « Le dossier médical est conservé 20 ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. (...). Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès. Pour un mineur de moins de 8 ans, le dossier médical est conservé jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 28 ans. Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement. »

3 JE demande le dossier médical en ma qualité d'AYANT DROIT d'UNE PERSONNE DECEDÉE (*)

(*) cochez la ou les cases correspondant à votre situation

Nom du patient : Prénom :

Nom de naissance : né(e) le : à

Adresse :
.....

Pièces à joindre à votre demande : → Copie de votre carte d'identité, titre de séjour ou passeport en cours de validité, acte de décès et, selon le cas :

<input type="checkbox"/> époux/épouse	(1) copie de votre livret de famille ou du certificat d'hérédité (en cas de séparation ou de divorce : copie de l'ordonnance du juge aux affaires familiales)
<input type="checkbox"/> enfant (1)	
<input type="checkbox"/> père, mère, représentant légal d'un enfant mineur (1)	
<input type="checkbox"/> pacsé(2)	(2) copie du contrat de pacs
<input type="checkbox"/> concubin/concubine	(3) certificat de vie commune ou de concubinage
<input type="checkbox"/> tuteur(4)	(4) copie du jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> autre : héritier (légal ou testamentaire) bénéficiaire d'une assurance décès (5)	(5) acte/attestation du notaire ou copie du contrat d'assurance.

PRECISER LE MOTIF DE LA DEMANDE : **Précisions sur les motifs** (à compléter afin que le médecin détermine quelles pièces du dossier médical du défunt sont à vous transmettre) :

Date du décès :/...../.....

- connaître les causes du décès
- défendre la mémoire du défunt
- droit à faire valoir

La communication d'informations médicales à l'ayant droit d'un patient décédé n'est pas aussi large que la communication de ces mêmes informations au patient vivant. Seules les informations utiles au motif de la demande peuvent être communiquées. En effet, selon les termes de l'article L. 1110-4. code de la santé publique : « le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayant droit, dans la mesure où elles leurs sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir leurs droits ».

Toutefois en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès aux informations médicales la concernant. A noter également que le dossier n'est pas communicable si le défunt s'y est opposé avant son décès.

MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

Consultation sur place – sur RDV - (prestation gratuite) en présence d'un médecin de l'établissement : oui non
Certaines informations peuvent présenter des difficultés d'interprétation et vous pouvez vous faire assister d'un médecin lors de la consultation du dossier patient. Aucune copie n'est remise au demandeur lors de cette consultation.

ou **Remise sur place** sur le site de **Saintes**, auprès du secrétariat de la Direction relations avec les usagers

ou **Envoi postal recommandé avec accusé de réception***
(*prestation payante : les frais d'envois sont à la charge du demandeur selon les tarifs de la Poste en vigueur)

- au domicile du demandeur
- Je mandate pour recevoir les documents listés ci-dessus :
M. / Mme:
Adresse :
- à un médecin (nom et adresse) :
.....
.....

DELAI de TRANSMISSION DES DOCUMENTS à compter de la réception de la demande

Séjours et/ou consultations datant de moins de 5 ans : 8 jours ouvrés | Séjours et/ou consultations datant de plus de 5 ans : 2 mois

ATTESTATION

Je soussigné(e) M., M^{me}
- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- déclare avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais d'envoi éventuels

A le SIGNATURE (manuscrite obligatoire) :