

# 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-saintesangelly.fr](mailto:relations-usagers@gh-saintesangelly.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

<b>DOSSIER MEDICAL</b>  <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...) ou <input type="checkbox"/> Intégralité du dossier médical	<input type="checkbox"/> <b>DOSSIER D'ANESTHESIE</b>  <b>DOSSIER DES URGENCES</b> <input type="checkbox"/> comptes rendus des urgences avec prescriptions et plan soins <input type="checkbox"/> courrier de sortie <input type="checkbox"/> certificats  <b>DOSSIER INFIRMIER</b> <input type="checkbox"/> pancarte (prise de constantes : pouls, température, douleur...) <input type="checkbox"/> grilles de surveillance (alimentation, diurèse, perfusion, surveillances spécifiques...) <input type="checkbox"/> docs suivi infirmiers (par exemple :surveillance pansement...) <input type="checkbox"/> autres documents. Précisez : ..... .....  <b>DOSSIER TRANSVERSAL</b>  <input type="checkbox"/> observations / soins dispensés par autres professionnels de santé (diététique, kiné...)
<input type="checkbox"/> <b>AUTRE (précisez) :</b>	

### 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. »

(\*) 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** → **IMPORTANT : 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 leur 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 ☐ **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  
☐ à un médecin (nom et adresse) :  
 .....  
 .....

☐ **Je mandate une personne pour réceptionner les documents demandés :**

☐ **Envoi postal LRAR à l'adresse de la personne mandatée :**

M. / Mme: .....

Adresse : .....  
 .....

☐ **Remise sur place à la personne mandatée :**

Lors de sa venue sur place, la personne mandatée devra présenter son justificatif d'identité

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

ou ☐ **Transmission sécurisée** via MonEspaceSanté du patient

## 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<sup>me</sup> .....

- 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) :