

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT

IDENTITE DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : ☐ Patient ☐ Tuteur ☐ Représentant légal

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

IDENTITE DU PATIENT (si différent du demandeur)

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

DOCUMENTS DEMANDES

Date du ou des séjours d'hospitalisation :

Pour le(s) séjour(s) indiqué(s), je demande la communication des éléments suivants :

- ☐ Compte-rendu d'hospitalisation
- ☐ Compte-rendu opératoire
- ☐ Dossier de soins paramédical
- ☐ Résultats d'examens (préciser) :
- ☐ Autres pièces (précisez) :

MODALITE DE REMISE DES DOCUMENTS AU DEMANDEUR

- ☐ Envoi postal au domicile en recommandé avec accusé de réception
- ☐ Retrait des copies sur place à la Polyclinique du Val de Loire
- ☐ Consultation sur place, en présence d'un médecin de l'établissement*
- ☐ Envoi à un médecin désigné par le patient*

(préciser les coordonnées du médecin) :

Frais d'envoi et de reprographie :

Les frais de reprographie et d'envoi des éléments demandés sont à la charge du demandeur :

- Frais de reprographie : 0.25 € / page photocopiée
- Frais postaux (envoi recommandé avec accusé de réception) : tarif en vigueur selon poids

Ces frais feront l'objet d'une facture adressée au demandeur par courrier postal.

** Transmission du dossier non à la charge du demandeur*

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR A L'ETABLISSEMENT

Le demandeur doit apporter la preuve de son identité afin de justifier son droit à consulter le dossier patient (article 1 du décret n° 2002-637)

Patient souhaitant consulter son propre dossier	Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité
Demande émanant des titulaires de l'autorité parentale	Copie recto-verso d'une pièce d'identité du parent ET Copie du livret de famille (partie enfant et parent) (ou justificatif attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale)
Demande émanant d'un tuteur	Copie recto-verso d'une pièce d'identité ET copie du jugement de tutelle

DELAIS DE COMMUNICATION

Conformément à Loi 2002-403 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (articles L.1110-4, L. 1111-7 et 8, R. 1111-1 à 8, R.1112-1 à 9 du code de santé publique), les délais de communication d'un dossier médical, à compter de la demande complète, sont de :

- 8 jours si le dossier date de moins de 5 ans
- 2 mois si le dossier date de plus de 5 ans

Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une durée de 20 ans à compter de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R.1112-7 du code de la santé publique).

Je soussigné(e),

reconnais avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

Fait à

Le :

Signature (manuscrite obligatoire) :