

Demande de communication de documents médicaux

Selon l'article Article L1111-7 du code la santé publique « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenue, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé ». (Modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 4) Conformément à la loi, les données suivantes sont exclues de la communication :

- Les notes personnelles des médecins
- Les informations ayant été recueillies auprès de personnes n'intervenant pas dans la prise en charge du patient
- Les informations contenues dans le dossier et concernant des personnes autres que le patient

Ces informations vous seront, après étude, et en fonction des possibilités techniques de l'établissement, délivrées dans un délai de 8 jours au plus tard suivant réception de votre demande, et au minimum après un délai de réflexion de 48H. Le délai pourra être porté à 2 mois dans certains cas, notamment lorsque les informations médicales demandées datent de plus de 5 ans.

Je soussigné(e)	☐ Mme	☐ M.
NOM :	Prénom :	
NOM de naissance :	Né(e) le :/...../.....	
Adresse :		
Code postal :	Ville :	
Adresse mail :	Téléphone :	

Demande la communication

☐ **De mon dossier médical, motif:**

Motif :

- | | |
|---|---|
| ☐ Faire valoir mes droits | ☐ Demander un avis médical |
| ☐ Exigence d'un tiers (assurance, administratif) | ☐ Déménagement |
| ☐ Pallier un besoin d'information non obtenue | ☐ Autre |

☐ **Du dossier médical de :**

NOM :	Prénom :
NOM de naissance :	Né(e) le :/...../.....

Dont je suis :

- | | |
|--|----------------------------|
| ☐ Représentant légal | <u>Signature du mineur</u> |
| ☐ Titulaire de l'autorité parentale | |
| ☐ Personne en charge de la mesure de protection juridique | |

☐ Ayant droit d'une personne décédée, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, **motif obligatoire de la demande**

- ☐ Connaître les causes du décès
- ☐ Défendre la mémoire du défunt
- ☐ Faire valoir des droits

Nature de la demande

☐ Je demande des pièces particulières du dossier :

- | | |
|---|---|
| ☐ Compte rendu opératoire et résultat de prélèvement | ☐ Correspondances médicales |
| ☐ Compte rendu d'hospitalisation | ☐ Résultat d'imagerie médicale |
| ☐ Résultat de laboratoire / biologie | ☐ Compte rendu de consultation |
| ☐ Protocoles et prescriptions thérapeutiques | ☐ Feuilles de surveillance |
| ☐ Autres : | |

☐ Je demande la partie du dossier relative à une ou des hospitalisations précises :

Du/...../..... au/...../.....	Service / Médecin :
Du/...../..... au/...../.....	Service / Médecin :
Du/...../..... au/...../.....	Service / Médecin :

☐ Je demande l'ensemble du dossier constitué par la Clinique regroupant toutes mes hospitalisations

Mode de communication des éléments du dossier médical

Je souhaite recevoir les éléments du dossier médical par :

- ☐ Envoi postal recommandé avec A.R. à mon adresse
- ☐ Envoi postal recommandé avec A.R. à un médecin que je désigne :
NOM : Prénom :
Adresse :
Code postal / Ville :
- ☐ En main propre à la Clinique Saint Vincent sur prise de rendez vous
- ☐ La Clinique vous propose également une consultation gratuite sur en présence d'un médecin afin de vous permettre une meilleure compréhension

Notre établissement vous recommande de vous faire accompagner d'un médecin lorsque vous prendrez connaissance des informations de votre dossier pour une meilleure compréhension de celui-ci.

Information sur les frais de reproduction et d'envoi

Nous vous informant que l'établissement vous adressera une facture correspondant aux frais de reproduction et éventuellement d'envoi des éléments sollicités selon le tarif suivant selon le mode de communication choisi précédemment. Tarif des prestations :

Format A4, recto : 0,18€ la feuille

Format A4, recto verso : 0,36€ la feuille

Format A3, recto : 0,36€ la feuille

Format A3, recto verso : 0,72€ la feuille

+ Frais d'envoi en recommandé avec A.R.

* Tarifs réactualisés au 27/03/2023

Ce document est à retourner soit par courrier accompagné des justificatifs à cette adresse :

Clinique Saint Vincent

Service Qualité

40 chemin des Tilleroyes

25044 Besançon cedex

03 81 48 67 46

Soit par mail à l'adresse : cvi.qualite@elsan.care

Pièces à joindre obligatoirement à votre demande :

Dans tous les cas, une copie de la **pièce d'identité en cours de validité** (recto verso)

- Si vous êtes ayant droit, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité d'une personne décédée, la **photocopie du livret de famille** ou un **certificat d'hérédité**
- Si vous êtes titulaire de l'autorité parentale, une **photocopie du livret de famille**
- Si vous êtes le représentant légal d'une personne placée sous tutelle, l'**ordonnance du juge vous désignant en tant que tel**

A défaut de pouvoir produire l'un des documents ci-dessus, toute autre pièce permettant de justifier vos droits.

Date de la demande : __/__/__

Signature :