

Demande de communication de documents médicaux

Destinataire :

La loi du 4 Mars 2002 permet au patient l'accès direct à son dossier médical.

La copie des éléments du dossier vous sera délivrée, après étude, dans un délai de 8 jours suivant la réception de ce formulaire complété et accompagné des justificatifs sollicités. Le délai peut être porté à 2 mois pour des informations médicales datant de plus de 5 ans.

Je soussigné(e)

Mme

Mr

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : Téléphone :

Adresse :

Ville : Code postal :

Demande la communication

De mon dossier médical pour le motif suivant : (facultatif)

Continuité des soins

Information

Expertise

Autre

Du dossier médical de :

Nom : Prénom.....

Nom de jeune fille :Né(e) le :

Je suis :

Personne ayant l'autorité parentale

Le tuteur

L'ayant-droit d'une personne décédée :

Dans ce cas, motivez votre demande (obligatoire)

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

Pour quel motif (pour permettre à l'équipe médicale d'identifier les documents répondant à cet objectif)

.....

Faire valoir ses droits

Précisez lesquels (pour permettre à l'équipe médicale d'identifier les documents répondant à cet objectif)

.....

Rappel aux ayants droits : conformément à la réglementation, vous n'aurez accès qu'aux seuls éléments du dossier médical permettant de répondre au motif avancé

Personne mandatée par le patient ou par l'un des titulaires du droit d'accès.

Demande de communication de documents médicaux

Nature de la demande

Dates d'hospitalisation concernant votre demande :

Du..... au..... Service..... Médecin.....

Du..... au..... Service..... Médecin.....

Date(s) de consultation :

Le..... Service..... Médecin.....

Vous souhaitez communication des éléments suivants :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> courriers médicaux | <input type="checkbox"/> compte-rendu opératoire | <input type="checkbox"/> examens paracliniques
(ex : électromyogramme, ECG...) |
| <input type="checkbox"/> radiographies | <input type="checkbox"/> compte rendu d'examen radiologique | <input type="checkbox"/> examens de laboratoire |
| Autres..... | | |

Les documents contiennent des informations à caractère strictement confidentiel, la décision de communiquer ces éléments à des tiers sera de votre seule responsabilité.

Pièces à joindre obligatoirement à votre demande

⇒ **Dans tous les cas, la photocopie de vos papiers d'identité recto verso (carte d'identité ou passeport).**

⇒ Ayant droit d'une personne décédée :

- Pour le conjoint et les enfants : *la photocopie de l'entier livret de famille,*
- En cas de PACS : *le certificat du PACS,*
- En cas de concubinage : *un certificat de concubinage ou tout document prouvant la vie commune,*
- Pour les autres : *acte notarié (certificat d'hérédité).*

⇒ Titulaire de l'autorité parentale : **photocopie de l'entier livret de famille.**

⇒ Tuteur : **l'ordonnance du juge vous désignant en tant que tel.**

⇒ Personne mandatée par le patient ou par l'un des titulaires du droit d'accès : **mandat exprès.**

Frais de reproduction et d'envoi – mode de communication des éléments du dossier médical

Le coût de reproduction des éléments du dossier médical et de son envoi seront à votre charge, selon les tarifs suivants :

- ✓ 0.18 € pour un format A4 noir et blanc recto
- ✓ 0.36 € pour un format A3 noir et blanc recto
- ✓ 2.75 € pour un CD-Rom
- ✓ + Frais d'envoi recommandé avec A.R. ou retrait sur place sur présentation d'une pièce d'identité et contre signature.

Ce document est à retourner par courrier ou messagerie au DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE – Communication des Dossiers Médicaux – Hôpital Yves Le Foll - 10 rue Marcel Proust – 22027 SAINT BRIEUC CEDEX

mail : service.dim.stbrieuc@armorsante.bzh

Date de la demande :

Signature :

Cadre réservé à l'administration

- | | | |
|--|-------------------|-------------|
| • Réf. : DG/JCT/CG/DDS/
Internet <input type="checkbox"/> | Date : 05/03/2021 | Demande via |
| • Date de réception de la demande dans le service : | | |
| • Pièces manquantes : | | |
| • Date réception pièces manquantes : | | |
| • Date d'envoi des documents : | | |