

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Formulaire Patient ou Représentant légal

Si vous êtes, **patient**, **représentant légal** d'un mineur, représentant légal d'un **majeur sous mesure de protection juridique**, ou **médecin désigné** comme intermédiaire par le patient (ou l'une des personnes précédemment citées), vous disposez d'un **droit d'accès aux informations contenues dans votre dossier médical** ou dans celui de la personne que vous représentez (*décret n°2002-637 du 29 avril 2002 et articles R1111-1 à R1111-7 du code de la santé publique*).

Pour pouvoir accéder à ces informations, il vous faut :

- Remplir ce présent **formulaire**
- Fournir une copie des **justificatifs** listés (page 2)
- Préciser l'ensemble des **éléments du dossier souhaité** (page 3)
- Choisir la **modalité de communication** (page 3)
- Signer** ce présent formulaire (page 4)
- Envoyer** l'ensemble à l'adresse postale ou mail ci-dessous

Centre Hospitalier Intercommunal Aix Pertuis
Service Qualité
Avenue des Tamaris 13616 Aix en Provence Cedex 1
Mail : dossier-medical@ch-aix.fr

INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Vous êtes :

- Patient
- Représentant légal d'un patient (mineur* / majeur sous protection juridique)
- Médecin désigné comme intermédiaire par le patient

* Conformément à la législation, un patient mineur peut s'opposer à la communication de son dossier médical au titulaire de l'autorité parentale

Identité du PATIENT

Nom usuel : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Téléphone : Mail :

Adresse :

.....

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Formulaire Patient ou Représentant légal

Identité du DEMANDEUR (si différent du patient)

Nom usuel : Nom de naissance :
 Prénom : Date de naissance :
 Téléphone : Mail :
 Adresse :

INFORMATIONS SUR LA PERIODE D'HOSPITALISATION CONCERNEE PAR VOTRE DEMANDE**

Date d'hospitalisation	Services d'hospitalisation
Du au	

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE

- Patient** : copie d'une pièce d'identité recto/verso (CNI ou passeport)
- Représentant légal (mineur)** : copies d'une pièce d'identité et du justificatif de l'exercice de l'autorité parentale (livret de famille, décision de justice)
- Représentant légal d'un majeur sous mesure de protection juridique (tuteur)** : copies d'une pièce d'identité du tuteur et de celle du majeur sous mesure de protection juridique ainsi que de l'ordonnance du juge des tutelles
- Médecin désigné par le patient** : copies d'une pièce d'identité et du courrier de désignation daté et signé par le patient

** Seuls les documents concernant les hospitalisations et activités de consultations **publiques** peuvent être transmis. Pour les consultations réalisées par les praticiens à titre privé, nous vous invitons à contacter directement le secrétariat du praticien concerné.

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Formulaire Patient ou Représentant légal

NATURE DES PIÈCES DU DOSSIER DEMANDÉES

L'original du dossier ne peut être transmis, il est conservé au CHIAP suivant la réglementation en vigueur. Il vous sera remis uniquement une **copie** des éléments de votre dossier (ou de celui de la personne que vous représentez).

Merci de préciser la nature des pièces demandées :

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Résultats biologiques
- Compte-rendu d'examen
- Compte-rendu d'imagerie / exploration fonctionnelle
- Compte-rendu de consultation
- Compte-rendu d'intervention
- Prescriptions thérapeutiques
- Feuilles de surveillance
- Radiographie standard
- IRM
- Scanner
- Scintigraphie
- Autres, à préciser.....

MODALITES DE COMMUNICATION DES ELEMENTS DU DOSSIER

Vous avez le choix entre **3** modes de communication :

- La consultation sur place** dans le service concerné. Si vous le souhaitez, vous pouvez être accompagné(e). Cette consultation est gratuite et se fait sur rendez-vous auprès du secrétariat du service concerné.
- La copie** des éléments du dossier à **retirer sur place** auprès du secrétariat du service concerné.
- L'envoi par courrier postal des copies** des éléments demandés. *Merci de cocher les modalités d'envoi souhaitées :*

En recommandé avec AR

En chronopost

A votre adresse postale

A celle du médecin de votre

choix ; précisez : son *nom, prénom et adresse postale* :

.....
.....

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Formulaire Patient ou Représentant légal

MONTANT DES FRAIS ** Arrêté du 1^{er} octobre 2001- décret n°2002-637 du 29/04/2002

Les frais de **reproduction** et d'**envoi** des éléments du dossier sont à la charge du demandeur. Un **devis** vous sera adressé en fonction de la nature de votre demande. Les frais sont à régler par chèque à l'ordre du **Trésor Public** auprès du service qualité soit par dépôt sur place (bâtiment administratif des directions, RDC à gauche) soit par envoi postal à l'adresse figurant en page 1 du présent formulaire.

Frais de copie :

- Compte-rendu d'hospitalisation → remis de droit (gratuit)
- Moins de 30 pages → 0.30€ / page
- De 30 à 40 pages → 22.45€ (forfait)
- Plus de 40 pages → 30.60€ (forfait)
- Copie de radio standard : 7.65€ / cliché
- Copie d'examen d'imagerie médicale sur DVD : 6.85€ / DVD

Frais d'envoi :

- Consultation du dossier sur place : gratuit
- Envoi en recommandé avec AR : 17.86€
- Envoi en chronopost : 29€

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés et accepte de prendre en charge les frais mentionnés dans le devis qui me sera adressé.

Fait à : **Le :**

Signature du demandeur :

Nous nous efforçons de mettre à votre disposition le dossier ou les copies demandées dans un délai allant de **48 heures à 8 jours** à compter de la réception de votre demande. Si votre demande porte sur un dossier de plus de 5 ans, ce délai est porté à **deux mois**.

Conformément à la législation, le dossier médical est conservé pendant **20 ans** à compter de la date du dernier passage du patient dans l'établissement (dernier séjour ou consultation). Au-delà, les documents sont détruits.

Pour les enfants, les dossiers sont conservés 10 ans après la majorité de l'enfant soit jusqu'à ses 28 ans.