**DEMANDE D’ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

**DEMANDE D’ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

**Formulaire Patient ou Représentant légal**

**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).*

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’examens 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€

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

# 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

# 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 :**

**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 : ……………………………………………………………...................

………………………………………………………………………………….......

**INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR**

**Centre Hospitalier Intercommunal Aix Pertuis Service Qualité**

**Avenue des Tamaris 13616 Aix en Provence Cedex 1 Mail :** **dossier-medical@ch-aix.fr**

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.

**DEMANDE D’ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

**DEMANDE D’ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

**Formulaire Patient ou Représentant légal**

**Formulaire Patient ou Représentant légal**

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……………………………………………………………..

**NATURE DES PIECES DU DOSSIER DEMANDEES**

**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…………….. |  |
| Du……………………..au…………….. |  |
| Du……………………..au…………….. |  |
| Du……………………..au…………….. |  |

*\*\* 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.*

* **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

**LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE**

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* :

O En recommandé avec AR O En chronopost

O A votre adresse postale O A celle du médecin de votre choix ; précisez : son *nom, prénom et adresse postale* :

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

**MODALITES DE COMMUNICATON DES ELEMENTS DU DOSSIER**