

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL Formulaire Patient ou Représentant légal

MONTANT DES FRAIS

Pour une première demande, la copie du dossier médical pour chaque séjour est gratuite.

La consultation du dossier sur place ainsi que l'envoi par messagerie sécurisée sont gratuits.

Le compte rendu d'hospitalisation vous est remis de droit gratuitement sur place ou via une messagerie sécurisée.

Si vous souhaitez un envoi par voie postale, des frais de recommandé s'appliquent.

Frais d'envoi : Envoi en courrier recommandé avec AR : 17.86€

Les frais sont à régler par carte bancaire auprès du TRESOR PUBLIC par téléphone au 04.42.33.98.00 ou directement sur place.

En cas de deuxième demande pour un même séjour, les copies du dossier médical seront facturées selon les tarifs arrêtés par le Directeur.

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 :

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) et 10 ans en cas de décès, 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.

DIR/QUA/FO/033 - version 7 imprimée le 06/09/2024

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 (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 les **éléments du dossier souhaités** (pages 3)
- Choisir la **modalité de communication** (page 4)
- 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
- Mandataire (préciser) :

Identité du PATIENT

Nom Usuel : Nom de naissance :
Prénom : Date de naissance :
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 : Adresse mail :
Adresse postale :
.....

Information sur la période d'hospitalisation concernée par votre demande **

Date(s) d'hospitalisation(s)/consultation(s)	Service(s) d'hospitalisation(s)/consultations
Du au.....	

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE

- Patient** : copie de votre pièce d'identité recto verso en cours de validité (CNI ou passeport).
- Représentant légal (mineur)** : copie de votre pièce d'identité et d'un justificatif de l'exercice de l'autorité parentale (livret de famille, décision de justice...).
- Représentant légal d'un majeur sous mesure de protection juridique** : copie 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 ou mandataire désigné par le patient** : copie 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.

DIR/QUA/FO/033 - version 7 Imprimée le 06/09/2024

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL Formulaire Patient ou Représentant légal

NATURE DES PIECES DU DOSSIER DEMANDEES

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 **4** modes de communication :

- La consultation sur place** dans le service concerné. Cette consultation est gratuite et se fait sur rendez-vous auprès du secrétariat du service concerné. Si vous le souhaitez, vous pouvez être accompagné(e). Dans le cas où vous souhaiteriez une copie de votre dossier, le médecin du service vous aidera dans la sélection des pièces.
- La copie** des éléments du dossier **à retirer sur place** auprès du secrétariat du service concerné.
- L'envoi par messagerie sécurisée (hors imagerie médicale)**
- L'envoi par courrier postal des copies en recommandé avec AR** des éléments demandés:
O A votre adresse postale
O A celle du médecin ou mandataire désigné ; précisez : nom, prénom et adresse postale :
.....
.....