

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

A retourner, accompagné des justificatifs à l'adresse :

Centre hospitalier d'Argenteuil - Service des relations avec la clientèle

69 rue du lieutenant-colonel Prud'hon - 95107- Argenteuil Cedex

Téléphone : 01.34.23.20.35 Fax : 01.34.23.26.09 /courriel : [relationsusagers-clientele@ch-argenteuil.fr](mailto:relationsusagers-clientele@ch-argenteuil.fr)

### IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur :  Patient  Tuteur  Ayant-droit  Représentant légal

Civilité :  Mme  M.

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél : Domicile : ..... Mobile : .....

Courriel : .....

### IDENTITÉ DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité :  Mme  M.

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Cas particulier : patient décédé le ..... (seuls les ayants droits du défunt peuvent faire cette demande)

### JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE

**Patient** : copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité.

**Représentants d'un mineur** : (1) copie recto-verso de la pièce d'identité du parent et (2) copie du livret de famille (*partie parents et enfant*) ou justificatif attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale (*extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois, jugement de divorce*).

**Représentants légaux d'un patient sous tutelle** : (1) copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient, et (2) copie du jugement de tutelle.

**Ayant-droits** : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, copie de l'acte de décès et suivant sa qualité:

- copie du livret de famille (*enfant du défunt ou son époux/épouse*)
- copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (*partenaire du défunt*)
- certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signée des concubins (*concubin*)
- et/ou certificat d'hérédité / acte notarié (*héritier autre*)

La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient s'est, de son vivant, s'y est opposé. Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent<sup>1</sup>.

**A cette fin, il est nécessaire d'indiquer le motif de la demande, parmi les trois suivants :**

- Connaître les raisons du décès  Défendre la mémoire du défunt  Faire valoir vos droits

**Pour les deux derniers motifs** (défendre la mémoire du patient, faire valoir vos droits), vous devez détailler votre demande (toute demande incomplète ne pourra être traitée).

Précisez : .....

<sup>1</sup> Articles L.1110-4 et L.1111-7 du code de la santé publique, décision CE n°270234.

## LES ÉLÉMENTS DU DOSSIER DEMANDÉS (à cocher)

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu opératoire
- Compte-rendu de consultation
- Dossier de soins paramédical
- Résultats d'examens (précisez) : .....
- Imagerie médicale (précisez) :  compte-rendu  CDROM .....
- Autres pièces (précisez) : .....
- Intégralité du dossier. Précisez la date du (des) séjour(s) : .....

Service(s) concerné(s) par la demande et année de passage :

.....  
.....

## MODALITÉS DE COMMUNICATION

**Délai**<sup>2</sup>: les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

**Tarif**<sup>3</sup>: les copies sont facturées à 0,18€ l'unité ; le CD- ROM/DVD est facturé 2,75€ ; l'envoi par courrier postal (LR/AR) est facturé au tarif en vigueur. Les frais de copies inférieurs à 1€ ne sont pas facturés.

Vous souhaitez (à cocher) :

- Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception
- Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone.
- Un envoi à un médecin de votre choix (*frais de copie et envoi postal en LR/AR facturés au tarif en vigueur*)

Précisez ses coordonnées : .....

- Une consultation sur place (*un rendez-vous vous sera proposé par téléphone*)

Je, soussigné(e), M.....

reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

**Date :**

**Signature (manuscrite obligatoire) :**

*Le service des relations avec la clientèle reste à votre écoute pour toute information relative à la demande d'accès au dossier médical*

<sup>2</sup> Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans à compter de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R.1112-7 du code de la santé publique).

<sup>3</sup> Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005.