

Demande de communication de documents médicaux

La loi du 4 mars 2002 affirme le droit pour les patients d'accéder directement aux documents médicaux les concernant. Ces éléments sont protégés par des règles de confidentialité : ils ne peuvent être communiqués à des tiers, sauf par décision explicite de la part du patient (mandat ou procuration), ou s'ils remplissent certaines conditions (titulaires de l'autorité parentale, tuteurs, ayants droit d'un patient décédé) et fournissent les éléments justificatifs adéquats.

Identité du patient :

M. / Mme (nom, prénoms ; pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille) :
.....
Né(e) le : Tél :
Adresse :
.....
Adresse mail :

Qualité du demandeur si le demandeur est différent du patient :

Père - Mère (si patient mineur) – **Représentant légal** ((si patient majeur protégé) parents, père, mère, ASE) – **Mandataire** (avocat, tutelle) - *rayez les mentions inutiles*
M. / Mme (nom, prénoms) :
Né(e) le : Tél : Mail :
Adresse :

Demande à obtenir transmission des documents suivants :

(Cochez la ou les cases et complétez)

Compte rendu d'hospitalisation (CRH) du au
service(s)

Compte rendu opératoire (CRO) de l'intervention du
service(s)

Examen(s) d'imagerie (Veuillez **cocher** la ou les cases et renseigner le **type d'examen** et la **date**)
Rayez les mentions inutiles

Compte-rendu (IRM / Scanner / Radiographie / Échographie) **date** :

Clichés (Radiographie / Échographie) **date** :

CD (IRM / Scanner) **date** :

Pièces essentielles du dossier médical (CRH, CRO, consultations, examens récents)
Service(s) et date(s) :
.....
Précision(s) (ex : bilan sanguin du _ au _) :
.....
 Autres documents

Je choisis la procédure suivante pour la communication des résultats :

- Remise de copies en mains propres contre récépissé et délivrance de certificat de quittance de paiement.
- Envoi de copies à mon domicile en **recommandé avec accusé de réception**. Un avis des sommes à payer vous sera envoyé par le Trésor Public.

J'ai été averti :

- Que la réalisation des copies (*sauf pour une 1^{ère} demande*) et de l'envoi en recommandé avec accusé de réception me seront préalablement facturés (**0,18€ la page, 1,50€ le cliché, 2,75€ le CD-ROM**),
- Que le délai pour un dossier médical de **moins de 5 ans est de 8 jours ouvrables**, et peut atteindre **2 mois pour un dossier datant de plus de 5 ans** (date de dernière hospitalisation) à réception de la demande complète.
- Que tout envoi de dossier médical passe par une demande écrite (les demandes orales ou les télécopies ne pourront être traitées),
- Joindre **obligatoirement** à la demande une **photocopie de la Carte Nationale d'Identité ou le Passeport en cours de validité**,
- En cas de demande de **dossier d'un mineur**, et avec son autorisation écrite, la **photocopie du livret de famille devra attester de l'autorité parentale du demandeur**,
- Dans le cadre d'une demande de **dossier concernant un patient sous tutelle émanant du tuteur de ce dernier**, le jugement de **tutelle** devra être fourni.
- Dans le cadre d'une demande par un **mandataire**, un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical en votre nom.

Pensez à regarder « mon espace de santé », application à télécharger via le QR-Code, certains documents médicaux peuvent y être déposés par nos médecins.



Je certifie que :

- **Les éléments transmis sont intacts à la date de transmission.**
- **Qu'ils ne sont pas modifiés.**
- **Avoir toutes les qualités et droits.**

Date & Signature du demandeur :

Ce formulaire et toutes ses pièces jointes sont à renvoyer à l'adresse ci-dessous :

Centre Hospitalier Léon Binet
Direction des Relations avec les Usagers
BP 212 - 77488 PROVINS Cedex

Tél : **01 64 60 41 80**

Mail : dru@ch-provins.fr

Les **horaires d'ouverture** du secrétariat des Relations avec les Usagers sont :
Lundi au Vendredi de **09h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h00.**