CENTRE HOSPITALIER
D'ARCACHON

Formulaire de demande d'accès au dossier médical

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu d'un dossier médical. Sachez que seuls les patients concernés, les ayant-droits d'un patient décédé, les tuteurs ou les titulaires de l'autorité parentale (si le patient est mineur) peuvent avoir, sous condition, accès à ce dossier. Pour cela, vous devez compléter le formulaire ci-dessous, joindre les pièces justificatives demandées et retourner l'ensemble à :

Monsieur le directeur du centre hospitalier
Pôle de Santé d'Arcachon
Avenue Jean Hameau – CS 11001
33164 LA TESTE-DE-BUCH

Identité du demandeur

(patient ou personne mandatée par ce dernier ou tuteur ou parent titulaire de l'autorité parentale ou ayants droit du patient décédé).

Je soussigné(e) *(écrire en LETTRES CAPITALES)*

❒ Madame ❒ Monsieur

Nom de famille : …… Nom d'usage : ……

Prénoms : …… Né(e) le : ……

à : …… Téléphone : ……

Demeurant : ……

……

Code postal : …… Commune : ……

Adresse mail : ……

Sollicite la communication des informations contenues dans mon dossier médical,
établi à la suite :

☐ de mon hospitalisation

☐ de l'hospitalisation de
Mme / M. …….. (nom et prénom du patient concerné)
dans le service de ……
à la date du ……

Demande de mon dossier médical	
Conditions	**Justificatifs à fournir**
<u>Modalités de communication :</u> ❒ envoyé au domicile par voie postale ❒ remis en main-propre (Retrait au secrétariat de direction) ❒ Envoi numérisé sur ma messagerie personnelle « mon Espace Santé » **<u>non valable pour les demandes du dossier médical d'un tiers</u>** *Il s'agit d'une messagerie sécurisée qui vous permet de recevoir des informations en toute confidentialité de la part de vos professionnels de santé.* *Nous vous proposons d'utiliser cette messagerie pour répondre à votre demande, et vous éviter ainsi les frais de reproduction et d'envoi postal de votre dossier (voir «détail des frais de facturation de la communication des pièces du dossier patient »).* *Si vous choisissez cette option, vous recevrez un message de l'hôpital accompagné de votre dossier numérisé dans « Mon Espace Santé ». Vous pourrez consulter votre dossier, l'enregistrer, l'ajouter à vos documents santé, ou l'imprimer selon vos souhaits.* ***Nous vous recommandons ce mode de communication, si vous avez déjà utilisé ou consulté votre espace personnel Mon Espace Santé**.* *Dans le cas contraire, prenez le temps de le faire avant de choisir cette option, ou préférez un autre mode de communication.* *Pour vous aider dans votre accès à Mon Espace Santé, vous pouvez consulter le site Mon espace santé (monespacesante.fr) et vous laisser guider.* ❒ envoi à un médecin (noter le nom et les coordonnées) : ……..…… ……..…… ……..…… **A défaut de réponse, les informations sont adressées au domicile.**	⇨ Copie recto/verso de la carte nationale d'identité **ou** ⇨ Copie du passeport.

Demande du dossier médical d'un tiers	
Identité du patient : ❒ Madame ❒ Monsieur Nom – Prénom : ……..……..…… Né(e) le …… Date(s) d'hospitalisation : ……..……..	
<u>Cette demande est faite en ma qualité de</u> : ❒ **tuteur** (pour incapables majeurs)	⇨ Copie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur et du majeur protégé ⇨ Copie du jugement ou tout autre justificatif de l'exercice de la tutelle.

❒ **détenteur de l'autorité parentale** sur un mineur Dans ce contexte, j'atteste que mon enfant mineur (en âge d'émettre un avis) a été informé de cette demande et ne s'y oppose pas.	⇨ Copie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur ⇨ Déclaration sur l'honneur de détention de l'autorité parentale ⇨ Copie du livret de famille, ⇨ En cas de divorce, jugement de divorce.
❒ **ayant droit d'une personne décédée** **Indiquer le motif de la demande (mention obligatoire – Article L.1110-4 du code de la santé publique) :** ❒ Faire valoir un droit, précisez lequel : ……..… ..……..…… ❒ Connaître les causes du décès du patient ❒ Défendre la mémoire du défunt, précisez le motif : …… ……..……..……..……..	⇨ Copie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur ⇨ Preuve de la qualité d'ayant-droit (certificat d'hérédité ou acte notarié ou contrat particulier ou Copie du livret de famille) ⇨ Copie du certificat de décès .

Ce motif doit répondre aux conditions fixées par la règlementation. Dans le cas contraire, le médecin peut opposer un refus motivé. Dans cette situation, un certificat médical ne comportant pas d'informations couvertes par le secret médical, pourra être délivré au demandeur (article 7 du décret n° 2002-637). Dans cette optique, l'ayant-droit d'une personne décédée ne peut obtenir la totalité des éléments du dossier médical, mais uniquement les informations lui permettant de répondre à sa demande motivée, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (article L.1110-4 du code de la santé publique).

Désignation des pièces du dossier patient sollicitées (à cocher)

❒ Intégralité du dossier (préciser la date du ou des séjours) :…….....

❒ Compte rendu d'hospitalisation du …… au ……

❒ Dossier de soins

❒ Résultats d'examens (précisez) : ……....

Seuls les comptes rendus d'examens sont inclus dans le dossier médical. Si vous souhaitez obtenir les images, vous devez utiliser le code d'accès qui vous a été fourni par le service d'imagerie. Si ce code est inactif, vous devez adresser un mail à : secretariat.radiologie@ch-arcachon.fr ou téléphoner au 05 57 52 91 30 pour demander sa réactivation.

❒ Autres pièces (précisez) : ……....

……....

……....

N.B. : les pièces communiquées au demandeur sont en rapport exact avec le motif de la demande, telle qu'elle est formulée (Art. L.1110-4 alinéa 7 et R.1111-7 du code de la santé publique).

Fait à …….. Le …….…… Signature :