

CODE : EN.ADM.08
STATUT DU DOCUMENT : Approuvé
VERSION : 3

DATE APPLICATION : 31/03/2025
A REEVALUER LE : 31/03/2030

ENREGISTREMENT

Formulaire de demande d'accès au dossier patient

LA VERSION ELECTRONIQUE DE CE DOCUMENT EST A CONSULTER EN PRIORITE

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Je soussigné(e) **NOM d'usage et Prénoms** :
Nom de naissance : **Date de naissance** :/...../.....
Adresse :
Téléphone : **Email (@)** :

Agissant en qualité de :

⇒ ☐ **Patient majeur**

Pièce à fournir : une copie d'une pièce d'identité recto-verso (carte d'identité, passeport)

⇒ **Ayant-droit d'un patient décédé** :

☐ Conjoint marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Enfant ☐ Autres :

Pièce à fournir : Copie de votre pièce d'identité recto-verso (carte d'identité, passeport)

Copie acte de décès

Copie d'un justificatif prouvant votre qualité d'héritier (livret de famille du patient complet, attestation de filiation, copie intégrale

de l'acte de naissance, acte de notoriété, certificat de concubinage ou de vie commune, copie du PACS...)

⇒ ☐ **Personne en charge d'une mesure de protection juridique pour majeur protégé*** : (représentation relative à la personne)

Pièce à fournir : Copie de votre pièce d'identité recto-verso (carte d'identité, passeport).

Copie de la pièce d'identité recto-verso du patient (carte d'identité, passeport).

Copie de l'ordonnance du juge des contentieux de la protection (JCP)

(*) Les personnes ayant une mission d'assistance relative à la personne, les tuteurs aux biens, les curateurs ne peuvent avoir accès au dossier médical du patient sous mesure de protection. Dans ces situations, le présent formulaire doit être complété et signé par le patient (sauf mentions contraires figurant dans un jugement).

Demande la communication :

☐ De mon dossier

☐ Du dossier de **NOM d'usage et Prénoms** :

NOM de naissance : **Date de naissance** :/...../.....

Relatif à une (des) consultation(s) ou hospitalisation(s) :

➤ années/mois : ☐ A compter du : ☐ le :

➤ dans le(s) service(s) de soin suivant(s) :

➤ nom du/des médecin(s) hospitalier(s) :

SOUHAITE * :

* Pour les patients décédés, seules les informations permettant de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir un droit, peuvent être communiquées aux ayants droits, à moins que le patient ne s'y soit opposé de son vivant (Article L 1110-4 du Code de la santé publique). De ce fait, les pièces délivrées ne correspondront peut-être pas à ce qui aura été coché.

☐ comptes rendus d'hospitalisation

☐ comptes rendus de consultation

☐ examens d'imagerie (radiographie, IRM, scanner, ...)

☐ résultats biologie (prélèvement, ...)

☐ Autres pièces (précisez lesquelles) :

Rédaction par :	Vérification de la forme (service qualité) BONNEAU Marina, - Technicienne qualité SIGNÉ – 31.03.25	Validation par les experts métier :	Approbation par : SIMON Marianne, Directrice déléguée SIGNÉ – 01.04.25
-----------------	---	-------------------------------------	---

Formulaire de demande d'accès au dossier patient

MOTIF DE LA DEMANDE : (pour que le médecin puisse cibler les pièces à fournir)

Pour une personne décédée, le motif doit être obligatoirement précisé en complétant les cases ci-dessous :

- ☐ connaître les causes du décès
- ☐ défendre la mémoire du défunt : précisez :
- ☐ faire valoir nos droits : précisez :

Seules les informations permettant de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir un droit, peuvent être communiquées à ses ayants droits, à moins que le patient ne s'y soit opposé de son vivant (Article L 1110-4 du Code de la santé publique).

MODALITES DE COMMUNICATION : 1 seul choix possible

☐ Consultation sur place avec accompagnement médical (rendez-vous fixé par le secrétariat du service concerné)

☐ Récupération sur rendez-vous : (rendez-vous sera fixé lorsque les copies seront effectuées)

En cas d'impossibilité pour me déplacer j'autorise la personne ci-dessous à venir récupérer le dossier à ma place :

NOM d'usage et Prénoms :

Nom de naissance : Date de naissance : / /

Adresse :

Téléphone : Email (@) :

Pièce à fournir : copie d'une pièce d'identité recto-verso du patient et de la personne autorisée à venir récupérer la copie du dossier (carte identité, passeport)

☐ Envoi postal à mon adresse :

☐ Envoi postal à l'adresse d'une personne mandatée : (recommandé avec accusé de réception)

NOM d'usage et Prénoms :

Adresse :

Pièce à fournir : - mandat complété et signé par le patient + copie pièce identité personne mandatée recto-verso

☐ Envoi postal à un médecin de mon choix (recommandé avec accusé de réception) :

Nom du médecin désigné :

Adresse:

⇒ Patient 1ère demande : pas de frais

⇒ Patient re-demandant le même dossier ou demande des ayants droits du patient décédé : les frais de photocopie : 0,18€ par page et le cas échéant, l'envoi postal par lettre recommandée avec accusé de réception des documents sollicités sont à la charge du demandeur. Un titre de recette sera adressé ultérieurement par la trésorerie.

Le Centre Hospitalier de Mauléon souhaite attirer votre attention sur la nature **strictement personnelle et confidentielle** des informations qui vous seront transmises et par conséquent du risque d'un usage non maîtrisé de ces informations par des tiers exclus du droit d'accès.

Je soussigné(e) : atteste l'exactitude des renseignements donnés et accepte les frais afférents à la demande.

Pour valoir ce que de droit, demande faite à : le :/...../.....

Signature manuscrite du demandeur

A défaut des pièces justificatives demandées la demande ne sera pas traitée - Le non renvoi sous 30 jours du formulaire et des pièces justificatives entraînera la clôture de votre demande

A renvoyer :

Par courrier : CH de Mauléon – 6 rue du chemin vert 79700 Mauléon

Par email : qualite@hopital-mauleon.fr Renseignement : 05.49.81.40.47