

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) M. / Mme (nom de naissance, d'usage et prénom) :

..... Né(e)

le : A

Domicilié(e) :

.....



: Mail :

QUALITE DU DEMANDEUR ET JUSTIFICATIF(S) A FOURNIR

Je suis Patient (un justificatif d'identité*)

Je suis représentant légal d'un patient mineur (un justificatif d'identité* ; une copie du livret de famille ; le document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale).

Pour les majeurs protégés ou sous mesure de protection tutelle ou curatelle : (un justificatif d'identité* ; une copie du jugement de tutelle).

Je suis un ayant droit d'un patient décédé : (un justificatif d'identité* ; copie du livret de famille/contrat de PACS/certificat de concubinage ; une copie de l'acte de décès ; copie du certificat d'hérédité (acte notarial)).

MOTIF DE LA DEMANDE : selon la réglementation (loi du 4 mars 2002), le demandeur doit préciser le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance des informations médicales. Seules les informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi lui sont communicables.

INFORMATION IMPORTANTE : **Le dossier médical complet ne peut pas être communiqué.**

Connaître les causes du décès.

Faire valoir un droit (à motiver : par exemple quel droit souhaitez-vous faire valoir):

.....

.....

.....

Défendre la mémoire du défunt (à motiver : par exemple pour quelle(s) raison(s)) :

.....

.....

.....

LA DEMANDE CONCERNE – IDENTITE DU PATIENT

M. / Mme (nom de naissance, d'usage, prénom) :

.....

Né(e) le : A.....

* carte d'identité, passeport ou acte de naissance

**POUR LES PATIENTS ET REPRESENTANTS LEGAUX / CURATEUR – TUTEUR
RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA COMMUNICATION DU DOSSIER**

Je souhaite obtenir

- L'intégralité du dossier.

Ou une partie du dossier : **Service(s) et/ou date(s) concerné(s) :**

-
- Le compte-rendu opératoire
 Le compte-rendu d'hospitalisation
 Le dossier de soins
 Le dossier d'imagerie
 Les résultats d'examens biologiques
 Autre(s) :
-

MODALITES DE COMMUNICATION

Je souhaite (**CHOIX UNIQUE A COCHER**) :

- Obtenir par BLUEFILES la copie des documents médicaux hors IMAGERIES** (BLUEFILES est une plateforme numérique sécurisée permettant l'envoi de fichiers confidentiel).
- Récupérer les éléments sur place** (jour et horaire choisi avec le secrétariat)
- Obtenir par voie postale la copie des documents médicaux (RECOMMANDE)**
- Que soient transmis les éléments au Docteur** (nom et prénom):

.....
Adresse :

DELAIS DE COMMUNICATION

- Si les informations médicales ont **moins de 5 ans**, elles vous seront envoyées dans les 8 jours.
- Si les informations remontent à **plus de 5 ans**, le délai est porté à 2 mois.

Dans tous les cas, un délai de réflexion de 48h s'applique avant que votre dossier médical puisse vous être transmis.

Fait à :

Le :

Signature :

INFORMATIONS RELATIVES A LA COMMUNICATION D'INFORMATIONS MEDICALES

La loi n° 2002-303 contraint l'établissement à vérifier l'identité du demandeur.

A réception des informations médicales, informations à caractère strictement personnel, leur communication à un tiers se fait sous votre entière responsabilité.

* Conformément à l'Arrêt de la Cour de Justice de l'Union Européenne du 26 octobre 2023, [l'obtention d'une première copie du dossier médical est gratuite.](#)

Formulaire à retourner (accompagné des pièces justificatives demandées) à :

CENTRE HOSPITALIER COTE DE LUMIERE - Direction Générale – 4, rue Jacques Monod – Olonne sur Mer – 85340 LES SABLES D'OLONNE

Téléphone : 02.51.21.85.01 / E-mail : relations.usagers@ch-cotedelumiere.fr