



### IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) NOM d'usage : ..... Prénom : .....

NOM de naissance : ..... Né(e) le : ..... à .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

### 1 Je demande MON DOSSIER MEDICAL

Pièce à joindre à votre demande : **JUSTIFICATIF D'IDENTITE**  copie de votre carte d'identité en cours de validité (recto et verso)  
ou  copie de votre passeport en cours de validité

OU

### 2 Je demande le dossier médical d'une autre personne VIVANTE (\*)

(\*) cochez la ou les cases correspondant à votre situation

Nom d'usage du patient : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... né(e) le : ..... à .....

Adresse : .....

#### J'EXPRIME CETTE DEMANDE EN MA QUALITE DE :

Titulaire de l'autorité parentale :  
 père  mère

Mandataire judiciaire :

Personne mandatée par le patient :

#### Pièces à joindre à votre demande :

- copie de votre carte d'identité, ou de votre passeport en cours de validité,
- copie du livret de famille
- en cas de séparation ou de divorce : le jugement rendu par le Juge aux affaires familiales et les ordonnances (cf autorité parentale)
- copie de votre carte d'identité, ou de votre passeport en cours de validité
- Jugement et Ordonnance du juge des tutelles.
- copie de la carte d'identité en cours de validité du patient concerné
- copie de la carte d'identité en cours de validité du demandeur
- document justifiant du mandat (autorisation écrite du patient)

OU

### 3 Je demande le dossier médical en ma qualité d'AYANT DROIT d'une personne DECEDEE (\*)

(\*) cochez la ou les cases correspondant à votre situation

Nom d'usage du patient : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... né(e) le : ..... à .....

Adresse : .....

#### Pièces à joindre à votre demande : copie de l'acte de décès, de votre carte d'identité ou passeport en cours de validité et, selon le cas :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> époux, épouse (1)   | (1) copie de votre livret de famille ou du certificat d'hérédité (en cas de séparation ou de divorce : copie du jugement et/ou de l'ordonnance du Juge aux affaires familiales) |
| <input type="checkbox"/> enfant (1)  |   |
| <input type="checkbox"/> père, mère, représentant légal d'un enfant mineur (1)                 |   |
| <input type="checkbox"/> pacsé(2)  | (2) copie du contrat de pacs  |
| <input type="checkbox"/> tuteur(3)   | (3) copie du jugement de tutelle  |
| <input type="checkbox"/> autre (héritiers, concubins, bénéficiaires d'une assurance décès) (4) | (4) acte/attestation du notaire / acte de notoriété / certificat mairie   |

#### PRECISER LE MOTIF DE LA DEMANDE :

#### Précisions sur les motifs

Date du décès : ...../...../.....

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

droit à faire valoir (maladie héréditaire/génétique- droit à héritage – assurance vie)

La communication d'informations médicales à l'ayant droit d'un patient décédé n'est pas aussi large que la communication de ces mêmes informations au patient vivant. Seules les informations utiles au motif de la demande peuvent être communiquées. En effet, selon les termes de l'Article R.1110-4 du Code de la Santé Publique : « le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayant droit, dans la mesure où elles leurs sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir leurs droits ». Toutefois en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès aux informations médicales la concernant.

A noter également que le dossier n'est pas communicable si le défunt s'y est opposé avant son décès. Un certificat médical peut alors vous être délivré.

HOSPITALISATION(S) et/ou CONSULTATION(S) concernées par la demande	
SERVICES	DATES

**NATURE DES PIÈCES DEMANDÉES du dossier médical du patient vivant et/ou décédé**

<b>DOSSIER MEDICAL</b> <input type="checkbox"/> observation médicale <input type="checkbox"/> observation avis spécialisés <input type="checkbox"/> prescriptions <input type="checkbox"/> comptes rendus de consultation <input type="checkbox"/> comptes rendus d'hospitalisation (ECG-Holter-EEG-EMG...) <input type="checkbox"/> comptes rendus d'examens complémentaires ex : actes invasifs-endoscopies-anapath... <input type="checkbox"/> comptes rendus d'examens de biologie (standard et particulier) <input type="checkbox"/> comptes rendus clichés d'imagerie (radio-scanner-IRM-écho) <input type="checkbox"/> clichés d'imagerie <input type="checkbox"/> <b>AUTRE (précisez) :</b> <input type="checkbox"/> <b>DOSSIER COMPLET</b>	<input type="checkbox"/> <b>DOSSIER D'ANESTHÉSIE</b>
	<input type="checkbox"/> <b>DOSSIER DES URGENCES</b> <input type="checkbox"/> compte rendu des urgences <input type="checkbox"/> prescriptions-plans de soins-pancarte-surveillance <input type="checkbox"/> courrier de sortie <input type="checkbox"/> certificats
	<input type="checkbox"/> plans de soins et d'administration de traitement <input type="checkbox"/> grilles de surveillance <input type="checkbox"/> macro cibles entrée-séjour-sortie <input type="checkbox"/> transmissions ciblées <input type="checkbox"/> observation / soins dispensés par autres professionnels de santé (diététique, kiné...)

**MODALITÉS de communication des documents**

**Consultation sur place – sur RDV - (prestation gratuite) en présence d'un médecin du Centre Hospitalier :**  oui  non  
*Certaines informations peuvent présenter des difficultés d'interprétation et vous pouvez vous faire assister d'un médecin lors de la consultation du dossier patient. La Direction du Centre Hospitalier de Royan prendra contact avec vous afin de fixer un rendez-vous.*

**Remise sur place** au Centre Hospitalier (prestation payante – coût des copies)

**Envoi postal – (prestation payante\*) :**

à mon domicile (cf. adresse indiquée dans cadre « identification du demandeur »)

à un médecin - nom et adresse du médecin : .....

Je mandate pour recevoir les documents listés ci-dessus :  
 M., Mme, Mlle (nom prénom) : .....  
 Adresse : .....

**(\*) LES FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI SONT A LA CHARGE DU DEMANDEUR  
 LE MONTANT VOUS SERA COMMUNIQUÉ LORS DE SA REMISE OU DE L'ENVOI DU DOSSIER**

<b>0,18€/feuille A4</b>	<b>2,75 €/CD-ROM (scanner / IRM )</b>	Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception, selon tarifs de la Poste en vigueur
-------------------------	---------------------------------------	---

SEUL LES CHÈQUES BANCAIRE ET LES ESPÈCES SONT ACCEPTÉS SI PAIEMENT EFFECTUÉ AU BUREAU DES ADMISSIONS DU CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE

**ATTESTATION**

Je soussigné(e) M., M<sup>me</sup> .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus ; toute fausse déclaration m'exposerait à des poursuites
- déclare avoir pris connaissance du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier patient
- accepte de prendre en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé

A ..... le ..... **SIGNATURE :**

**Partie réservée au service des Archives Médicales du Centre Hospitalier de Royan-Atlantique**

Validation de la demande :  Oui  Non Motif du refus : .....

Formulaire transmis au service des Archives Médicales le : ..... Signature :

- Conformément à la loi du 04 mars 2002, l'identité du demandeur établie, l'Etablissement dispose d'un délai de 48 heures pour examiner sa demande. L'Hôpital dispose alors d'un délai compris entre 8 jours et 2 mois selon l'ancienneté du dossier pour répondre à la demande (article L.1111-7 du Code de la Santé Publique)

- Article R.1112-7 : « ..... Le dossier médical est conservé 20 ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. (...) Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès. Pour un mineur de moins de 8 ans, le dossier médical est conservé jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 28 ans. Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement. »

- Formulaire à adresser à : **Centre Hospitalier Royan-Atlantique 20 avenue de St Sordelin BP 70217 17205 Royan Cedex**