

à retourner complété et accompagné des justificatifs nécessaires à : Monsieur le Directeur

Accès au dossier médical – Service Archives Médicales  
3 avenue Pasteur  
BP 28 - 21140 SEMUR-EN-AUXOIS

**VOTRE IDENTITE**

Civilité :  Mme  M.  
Nom d'usage : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénoms : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Téléphone (s) : Domicile : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

**IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE**

Je souhaite accéder à mon propre dossier médical  
ou  
 Je souhaite accéder au dossier de :  
Civilité :  Mme  M.  
Nom d'usage : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénoms : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Téléphone (s) : Domicile : ..... Portable : .....  
Cas particulier : patient décédé le : ..... (Seuls les ayants droits du défunt peuvent faire cette demande)

**DOCUMENTS JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE**

- Je demande la communication de mon propre dossier médical :  
=> Je joins : - la copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité  
(carte nationale d'identité, passeport, ou permis de conduire)
- Je suis mandaté(e) par le patient lui-même :  
=> Je joins : - la copie de ma pièce d'identité en cours de validité (recto-verso)  
- la copie (recto-verso) d'une pièce d'identité en cours de validité du patient concerné par la demande  
- un document écrit permettant de justifier du mandat (daté et signé par le patient concerné)
- Je suis le tuteur du patient :  
=> Je joins : - la copie (recto-verso) de ma pièce d'identité en cours de validité  
- la copie (recto-verso) d'une pièce d'identité en cours de validité du patient concerné par la demande  
- une copie du jugement de tutelle.
- Je suis le représentant légal du patient mineur :  
=> Je joins : - la copie (recto-verso) de ma pièce d'identité en cours de validité  
- la copie (recto-verso) d'une pièce d'identité en cours de validité du patient mineur concerné par la demande  
- la copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance  
- le cas échéant une copie du jugement attestant de l'autorité parentale
- Je suis un ayant-droit du patient :  
=> Je joins : - la copie (recto-verso) de ma pièce d'identité en cours de validité  
- la copie de l'acte de décès  
- la copie d'un document permettant de justifier de ma qualité d'ayant-droit (livret de famille, acte de naissance, acte de notoriété ou certificat d'hérédité)
- ET => Je précise impérativement le motif de ma demande :  
(Seules peuvent être transmises les pièces concernées par le motif invoqué)
- Défendre la mémoire du défunt  
 Connaître les causes de la mort (\*) (\*) Je précise le motif de ma demande .....  
 Faire valoir des droits (\*) .....

## PIECES SOUHAITEES

- Je souhaite accéder à l'intégralité du dossier médical**
- Le dossier sans le dossier radiologique
  - Le dossier avec le dossier radiologique
- Je ne souhaite pas obtenir l'intégralité du dossier médical, mais uniquement :**
- Le compte-rendu d'hospitalisation
  - Les résultats d'examens (je précise lesquels : .....
  - Le dossier radiologique
  - Le dossier infirmier
  - D'autres pièces (je précise lesquelles : .....

## PERIODES ET SERVICES

(Un dossier médical est constitué pour chaque service.)

Date d'entrée	Date de sortie	Service d'hospitalisation ou de consultation

## MODE DE COMMUNICATION ET FACTURATION

Conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, la reproduction des documents vous sera facturée. En revanche, la consultation sur place, sans reprographie, est gratuite.

Pour être complète, votre demande doit être accompagnée d'un chèque à l'ordre « régie du bureau des entrées Centre Hospitalier Semur »

- Je demande l'envoi des copies à mon **domicile** (par lettre recommandée avec accusé de réception) et je joins un **chèque de 6 €** à l'ordre : « régie du bureau des entrées Centre Hospitalier Semur » et je m'engage à régler le coût des copies selon le tarif en vigueur sur service public.fr
- Je demande l'envoi des copies à un **médecin** de mon choix (par lettre recommandée avec accusé de réception) et je joins un **chèque de 6 €** à l'ordre : « régie du bureau des entrées Centre Hospitalier Semur » et je m'engage à régler le coût des copies selon le tarif en vigueur sur service public.fr
- Nom.....
- Adresse.....
- Téléphone.....
- Je demande la remise des **copies sur place et je m'engage à régler le coût des copies** selon le tarif en vigueur sur service public.fr
- Je consulte le dossier **sur place** et ne demande pas de copies (gratuit)
- Je souhaite être accompagné(e) par un médecin du Centre Hospitalier     Oui     Non

## DELAI DE COMMUNICATION

Le dossier médical ne pourra vous être communiqué au plus tôt qu'après l'observation d'un **délai de réflexion de 48 heures suivant la réception de votre demande complète** (formulaire dûment rempli, pièces justificatives, chèque).

L'établissement dispose d'un délai de **8 jours** pour vous transmettre les documents demandés. Ce délai est porté à **2 mois** si les informations médicales datent de plus de 5 ans.

A ....., le.....,

Signature

**Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le présent formulaire, vous pouvez contacter le service Archives Médicales au 03.80.89.64.64 (demandez le poste 4592)**