

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

- Je demande l'envoi des copies à mon **domicile** (par lettre recommandée avec accusé de réception)
- Je demande l'envoi des copies à un **médecin** de mon choix (par lettre recommandée avec accusé de réception)
- Nom.....
- Adresse.....
- Téléphone.....
- Je demande la remise des **copies sur place**
- Je consulte le dossier **sur place** et ne demande pas de copies
- 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 **déla**i de réflexion de **48 heures suivant la réception de votre demande complète** (formulaire dûment rempli, pièces justificatives).

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)