

# DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Service Relations avec les Usagers :

05.46.95.14.28

[relations-usagers@ch-saintonge.fr](mailto:relations-usagers@ch-saintonge.fr)

Centre Hospitalier de Saintonge  
BP 10326 – 17108 SAINTES Cédex

Centre Hospitalier de St Jean d'Angély  
18 rue du Port – 17400 ST JEAN D'ANGELY

## IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) NOM : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

### 1 JE demande MON DOSSIER MEDICAL

JUSTIFICATIF D'IDENTITE à joindre à votre demande :  copie de votre carte d'identité (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 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 : l'ordonnance du juge aux affaires familiales.

· copie de votre carte d'identité, ou de votre passeport en cours de validité  
· Ordonnance du juge des tutelles.

· copie des cartes d'identité en cours de validité du patient concerné + du demandeur  
· document justifiant du mandat (*autorisation écrite du patient*)

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

Centre hospitalier :

Saintonge

Et / ou

St Jean d'Angély

SERVICES

DATES

## NATURE DES PIECES DEMANDEES du dossier médical du patient vivant

### DOSSIER MEDICAL

- observation médicale  
 observation avis spécialisés  
 prescriptions  
 comptes rendus de consultation  
 comptes rendus d'hospitalisation et/ou lettre de liaison  
 comptes rendus opératoires ou d'accouchement  
 comptes rendus examens complémentaires  
 comptes rendus d'examens de biologie (laboratoire)  
 comptes rendus d'imagerie  
 clichés d'imagerie (*radio, scanner, échographie, IRM...*)

### DOSSIER D'ANESTHESIE

#### DOSSIER DES URGENCES

- compte rendu des urgences  
 prescriptions-plans de soins-pancarte-surveillance  
 courrier de sortie  
 certificats

#### DOSSIER INFIRMIER

- plans de soins et d'administration de traitement  
 pancarte et grilles de surveillance  
 macro cibles entrée-séjour-sortie  
 transmissions

### DOSSIER TRANSVERSAL

- observation / soins dispensés par autres professionnels de santé (*diététique, kiné...*)

AUTRE (*précisez*) :

**Information** : (Application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et 1112-1 du CSP et de l'arrêté du 5 mars 2004 relatif à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne).

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. »

**À noter** : ces délais constituent des durées minimales. Chaque établissement peut élaborer une politique de conservation plus contraignante en fonction des pathologies concernées.

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

Nom du patient : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : ..... né(e) le : ..... à .....  
 Adresse : .....  
 .....

**Pièces à joindre à votre demande** : copie de votre carte d'identité ou passeport en cours de validité, acte de décès 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 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, bénéficiaires d'une assurance décès) (4)	(4) acte/attestation du notaire ou du contrat d'assurance.

**PRECISER LE MOTIF DE LA DEMANDE** : **Précisions sur les motifs** (à compléter afin que le médecin détermine quelles pièces du dossier médical du défunt sont à vous transmettre) :

Date du décès : ...../...../.....

- connaître les causes du décès  
 défendre la mémoire du défunt  
 droit à faire valoir

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.

**MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS**

A compter de la réception de votre demande complète, transmission dans un délai de :

- 8 jours ouvrés pour les séjours et/ou consultations datant de moins de 5 ans
- 2 mois pour les séjours et/ou consultations datant de plus de 5 ans.

**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. Aucune copie n'est remise au demandeur.

ou  **Remise sur place** au Centre Hospitalier (prestation payante : règlement sur place du coût des copies par chèque, CB ou espèces)

ou  **Envoi postal – (prestation payante\*)** :  au domicile du demandeur  
 à un médecin (nom et adresse) : ..... Je mandate pour recevoir les documents listés ci-dessus :  
 ..... M., Mme, Mlle : .....  
 ..... Adresse : .....

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

0,22€/feuille A4	2,75€/CD-ROM (scanner + IRM)	Frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception, selon tarifs de la Poste en vigueur (soit un surcoût minimum de 5.55 €)
------------------	------------------------------	---

**DELAI de TRANSMISSION DES DOCUMENTS à compter de la réception de la demande**

Séjours et/ou consultations datant de moins de 5 ans : 8 jours ouvrés	Séjours et/ou consultations datant de plus de 5 ans : 2 mois
---	--

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

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- 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 :