

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL

Ce formulaire est à retourner, accompagné des justificatifs demandés ci-dessous :

- Par voie postale : Monsieur Le Directeur, Service du Dossier Patient, GHEF Site de Meaux, 6-8 rue Saint-Fiacre, BP 218, 77104 MEAUX Cedex OU par mail : sddp@ghcf.fr

ATTENTION, TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE NE POURRA PAS ÊTRE TRAITÉE

1/ SITE CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

Merci de cocher la case correspondante au site hospitalier dans lequel le patient concerné par cette demande de dossier médical a été pris en charge :

- ☐ Site de Meaux
 ☐ Site de Marne-la-Vallée
 ☐ Site de Coulommiers
☐ Ancien site du Centre Hospitalier de Lagny-sur-Marne
 ☐ Site de Jouarre

2/ IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur :

- ☐ Patient
 ☐ Tuteur
 ☐ Ayant-droit
 ☐ Représentant légal
 ☐ Tiers autorisé par le patient

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Adresse :

Code postal : Commune :

Tél : Domicile : Mobile.....

Adresse mail :

2/ IDENTITÉ DU PATIENT (À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE PATIENT N'EST PAS LE DEMANDEUR)

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Adresse :

Code postal : Commune :

**DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL
PARMI LES QUATRE HYPOTHÈSES SUIVANTES SELON LA SITUATION DU DEMANDEUR**

1/ Si la demande est faite par le patient lui-même :

- ☐ Copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité

2/ Si la demande est faite par les représentants légaux d'un mineur :

- ☐ Copie de la pièce d'identité du parent ;
☐ Copie du livret de famille (partie parents et enfant) ou justificatif attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale (extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois, jugement de divorce).

3/ Si la demande est faite par les représentants légaux d'un patient sous tutelle :

- ☐ Copie de la pièce d'identité du demandeur représentant le patient ;
☐ Copie de la pièce d'identité du patient sous tutelle
☐ Copie du jugement de tutelle.

4/ Si la demande est faite par les ayant-droits :

- ☐ Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur ;
☐ Copie de l'acte de décès ;
☐ Certificat d'hérédité / acte notarié ;

Selon votre situation, veuillez joindre à la demande l'un des documents suivants :

- ☐ Copie du livret de famille (si la demande est faite par l'enfant du défunt ou son veuf/veuve) **OU**
☐ Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (partenaire du défunt) **OU**
☐ Certificat de vie commune **OU**
☐ Déclaration sur l'honneur attestant du concubinage, signée par les concubins

A cette fin, il est impératif de cocher le motif de la demande et de le **préciser ci-dessous** :

- ☐ Connaître les raisons du décès ☐ Défendre la mémoire du défunt ☐ Faire valoir vos droits

Veuillez préciser le motif ci-dessous (ex : banque, assurance, etc ...) :

.....
.....

5/ Si la demande est faite par un tiers expressément autorisé par le patient :

- ☐ Copie de la pièce d'identité du patient
☐ Copie de la pièce d'identité du tiers autorisé par le patient
☐ Courrier rédigé et signé par le patient lui-même autorisant le tiers à demander le dossier et à avoir accès aux informations contenues dans le dossier médical

N.B. : En vertu des articles L.1110-4 et L.1111-7 du code de la santé publique, la communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient, de son vivant, s'y est opposé. Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent.

CONTENU DU DOSSIER SOLLICITÉ

Veuillez préciser le contenu de votre demande de dossier médical :

1/ ☐ Je souhaite obtenir l'intégralité du dossier médical (tous services confondus, tous sites du GHEF pour toutes les pièces communicables du dossier médical).

OU

2/ ☐ Je souhaite obtenir seulement une partie du dossier médical :

Veuillez préciser le(s) service(s) concerné(s) par la demande et les dates précises :

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous souhaitez certains éléments précis du dossier, merci de bien vouloir cocher les cases ci-dessous :

Je souhaite également obtenir :

- ☐ Le dossier de soins infirmiers (diagramme de soins, transmissions infirmières, etc ...).
- ☐ Les résultats du laboratoire
- ☐ Les compte-rendu d'hospitalisation
- ☐ Les compte-rendu des urgences
- ☐ Les compte-rendu opératoires et compte-rendu d'anesthésie
- ☐ Les compte-rendu de consultation
- ☐ Le dossier d'imagerie pour période suivante :
- ☐ Autres (veuillez préciser ci-dessous) :

N.B. : En vertu de l'article R.1112-7 du code de la santé publique (CSP), les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans à compter de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès. Le contenu du dossier médical est précisé à l'article R.1112-2 du CSP.

MOYEN DE COMMUNICATION DU DOSSIER SOLLICITÉ

- ☐ Consultation sur place sans remise de copies de documents (**uniquement si votre demande concerne un seul service**)
- ☐ Consultation sur place avec remise de copies de documents ou CD (sur le site de Meaux uniquement)
- ☐ Envoi de copies de documents ou clichés ou CD en recommandé avec accusé de réception (**frais postaux aux tarifs en vigueur**) ;

N.B. : La première demande du dossier médical est gratuite conformément à la décision de la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) du 26 octobre 2023 (CJUE, 26 octobre 2023, C-307/22). En revanche, si la demande est faite par un ayant-droit ou si le patient a déjà obtenu gratuitement une première copie de son dossier médical et qu'il en fait à nouveau la demande, les frais de duplication et d'envoi seront à prévoir puisque dans ces hypothèses, la demande est payante.

S'agissant des coûts de reproduction, L'article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005 prévoit que l'administration peut exiger le paiement de frais correspondant au coût de reproduction, incluant le coût du support et le coût d'amortissement et de fonctionnement du matériel utilisé, plafonné par l'arrêté du 1er octobre 2001 à :

- o 0,18 € par photocopie de format A4, en impression noir et blanc ;
- o 0.57 € le DVD imagerie

Le coût de reproduction des autres supports est fixé en fonction de leur prix exact et conformément aux principes posés par le décret du 30 décembre 2005 (pour les clichés radiologiques : avis n° 20070331 du 25 janvier 2007).

Enfin, en matière de délais, veuillez noter que selon l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, les dossiers médicaux de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours et que ceux de plus de 5 ans sont communiqués dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Dès réception de ces informations et sauf rétractation de votre part dans un délai de 48 heures, une suite sera donnée à votre demande dans les délais définis par les textes. Le Service du Dossier Patient reste à votre écoute pour toute information relative à la demande de dossier médical.

Je soussigné(e), Monsieur/Madame reconnais,
avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à
m'acquitter des frais de reproduction si nécessaire.

Fait le/...../..... à

Signature obligatoire :