DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

PATIENT

FORMULAIRE A RETOURNER REMPLI ET SIGNE au

CHANGE - Service des relations usagers – Demande de dossier médical - 1, Avenue de l'Hôpital – 74370 METZ-TESSY ou par mail : dm.change@ch-annecygenevois.fr

Merci d'accompagner votre demande des pièces justificatives demandées *(voir encadré au verso).*

Conformément à l'article L1111-7 du Code de la santé publique **la communication du dossier médical est payante** et reste à votre charge ***(voir tarif 3ème feuillet).***

1/ IDENTITE DU DEMANDEUR (*patient, titulaire de l'autorité parentale, mandaté, représentant légal)*

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ /__ /____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel. : __ /__ /__ /__ /__ Email : _____

Agissant en qualité de :

- ❑ Patient
- ❑ Titulaire de l'autorité parentale
- ❑ Mandaté
- ❑ Représentant légal (tuteur)

2/ IDENTITE DU PATIENT *(Si différente du demandeur)*

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ /__ /____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel. : __ /__ /__ /__ /__

3/ ELEMENTS DU DOSSIER SOUHAITES

Je souhaite obtenir communication des éléments suivants :

❑ Pièces essentielles du dossier médical relatives à une (ou plusieurs) hospitalisation(s) :

- ❑ Compte rendu de consultation
- ❑ Compte rendu d'hospitalisation
- ❑ Compte rendu opératoire
- ❑ Lettre de sortie
- ❑ Compte rendu d'examen d'imagerie
- ❑ Résultats d'examen biologique
- ❑ Dossier radiologique /scanner
- ❑ Dossier de soins Infirmiers

❑ Autres : _____

Date d'hospitalisation / consultation	Site de prise en charge	Service concerné

❑ Dossier médical complet
Site(s) de prise en charge : ❑ Annecy ❑ Saint-Julien en Genevois

4 / MODALITES SUIVANTES :

Je souhaite prendre connaissance des informations et documents demandés :

❑ Par envoi à l'adresse du demandeur

❑ Par envoi au Docteur (*préciser le nom et les coordonnées postales*) : _____
_____

❑ Par remise en main propre à l'hôpital

❑ Par consultation sur place (sans remise de copie)
en présence d'un médecin : ❑ Oui ❑ Non[1]

❑ Je m'engage à payer les frais relatifs à la reproduction et à l'envoi en accusé de réception[2] conformément au tarif figurant au verso

Date : __ /__ /__ **Signature :** _____

5/ PIECES A FOURNIR *selon les cas*

Demandeur	Pièces Justificatives à fournir
Patient majeur	Copie d'une pièce d'identité (CNI ou passeport)
Personne mandatée par le patient	Copie de la pièce d'identité du patient (CNI ou passeport) + Copie de la pièce d'identité du demandeur (personne mandatée par le patient) (CNI ou passeport) + Un mandat écrit et signé par le patient (voir 4ème feuillet)
Titulaire de l'autorité parentale	Copie de la pièce d'identité du demandeur (CNI ou passeport) + Copie du livret de famille dans son intégralité ou de l'acte de naissance du mineur avec filiation + Certificat sur l'honneur du maintien de l'autorité parentale (voir 4ème feuillet) + Autorisation pour les mineurs de 14 à 18 ans (voir 4ème feuillet)
Représentant légal Tuteur	Copie de la pièce d'identité du demandeur (Tuteur) (CNI ou passeport) + Copie de la décision de mise sous tutelle (biens et personne)

[1] Un membre du personnel devra de toute façon être présent lors de la consultation

[2] Par mesure de sécurité, le CHANGE ne transmet aucune donnée médicale par voie électronique. Les éléments sont transmis par lettre recommandée avec accusé de réception.
Les informations contenues dans votre dossier médical sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toute précaution afin d'en assurer la confidentialité, notamment vis-à-vis des tiers, une fois réceptionnées.

Tarifs :

Les copies de dossiers médicaux sont soumises à facturation (Article L1111-7 du Code de la santé publique). Une facture émise par le Trésor Public vous parviendra postérieurement à l'envoi du duplicata en fonction des éléments transmis selon la tarification suivante :

- *0,30 € la photocopie A4, 0,21€ au-delà de 30 pages*
- *3,50 € le CD ROM imagerie*
- *Frais d'expédition en recommandé avec AR selon tarif en vigueur appliqué par La Poste.*

Délai d'accès au dossier médical (Articles L1111-7 et R1111-1 du Code de la santé publique)

- Pour les informations médicales datant de moins de cinq ans : le délai est de huit jours à compter de la réception de votre demande complète et au plus tôt après le délai légal de réflexion de quarante-huit heures.
- Pour les dossiers datant de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie, le délai est porté à deux mois.

Délai de conservation du dossier médical (Article R1112-7 du Code de la santé publique) :

Le dossier médical est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe.
Lorsqu'en application des dispositions qui précèdent, la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date.
Ces durées s'appliquent sauf disposition réglementaire particulière.

Protection des données personnelles :

Les informations recueillies dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement automatisé. Elles sont toutes nécessaires au bon traitement de votre demande.
Ce traitement a pour objet la gestion des demandes d'exercice de droit. Il nous permet de recevoir, gérer et suivre les demandes, en liaison avec les services concernés ; conserver un historique des demandes et des réponses apportées aux usagers; élaborer des données d'activité (statistiques). Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle nous sommes soumis.
Ces informations pourront être transmises en interne à l'ensemble des services susceptibles d'intervenir dans le traitement de votre demande. Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union Européenne. Elles seront conservées pendant cinq (5) ans à compter de la fin de l'année civile de la clôture de votre demande.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés et au RGPD, vous disposez des droits suivants :

- Droit d'accès et de rectification de vos données à caractère personnel,
- Droit d'effacement de vos données à caractère personnel lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite
- Droit à la limitation du traitement de vos données,
- Droit d'opposition au traitement de vos données,
- Droit de définir le sort de vos données après votre mort (voir le site www.cnil.fr pour plus d'information).

Vous pouvez exercer ces droits auprès du Data Protection Officer du CHANGE à l'adresse suivante dpo@ch-annecygenevois.fr ou par courrier : Direction Générale – Délégué à la protection des données - 1, Avenue de l'Hôpital – 74370 METZ-TESSY

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Certificat sur l'honneur de maintien de l'autorité parentale

Je soussigné(e) _____, atteste sur l'honneur détenir l'autorité parentale pour le patient mineur _____, à fin d'obtenir communication des éléments de son dossier médical conformément à la demande jointe.

A _____ Date __ /__ /__ Signature_____

✂----------

Autorisation pour les mineurs de 14 à 18 ans

Je soussigné(e) _____, autorise le Centre Hospitalier Annecy Genevois à transmettre les éléments médicaux me concernant au titulaire de mon autorité parentale, _____ conformément à la demande jointe.

A _____ Date __ /__ /__ Signature_____

✂----------

Mandat

Je soussigné(e) _____, donne mandat à _____ afin de demander et obtenir communication des éléments de mon dossier médical.

A _____ Date __ /__ /__ Signature_____