

# 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 EPAGNY METZ-TESSY ou par mail : dm.change@ch-annecygenevois.fr

Merci d'accompagner votre demande <u>des pièces justificatives demandées</u> (voir encadré au verso).

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 demand	eur)					
Nom de naissance :	Nom d'usage :					
Prénom :						
Date de naissance : / /	Lieu de naissance :					
Adresse :						
Code postal :	Ville :					
Tel.://						
3/ ELEMENTS DU DOSSIER SOUHAITES						
La législation autorise l'obtention de la totalité d'un dossier mais cela peut être volumineux.						
Le compte-rendu d'hospitalisation reprend en général la synthèse du séjour et bien souvent répondra à vos questions.						
Je souhaite obtenir communication des éléments suivants :						
<ul> <li>Compte rendu de consultation</li> <li>Compte rendu d'hospitalisation</li> <li>Compte rendu opératoire</li> <li>Autres (à préciser) :</li></ul>	<ul><li>□ Compte rendu d'examen d'imagerie</li><li>□ Résultats d'examen biologique</li><li>□ Dossier radiologique /scanner</li></ul>					

Date d'hospitalisation / consultation	Site de prise en charge	Service concerné						
Site(s) de prise en charge :								
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) :								
<ul> <li>□ Par remise en main propre à l'hôpital</li> <li>□ Par consultation sur place (sans remise de copie)         en présence d'un médecin : □ Oui □ Non¹</li> </ul>								
Date : / /	Sig	nature :						

## 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)				
Protecteur (ex tutelle)	Copie de la pièce d'identité du demandeur (Protecteur) (CNI ou passeport) + Copie de la décision de mise sous tutelle (biens et personne)				

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Un membre du personnel devra de toute façon être présent lors de la consultation

#### Frais de reproduction pour toute demande supplémentaire de duplicata de documents médicaux :

Toutes copies supplémentaires demandées, seront soumises à facturation (Article 15.3 Règlement (UE) 2016/679). 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.

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

- Pour les informations médicales datant de moins de cinq ans : le délai de transmission 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 <u>www.cnil.fr</u> 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 EPAGNY 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 so	ussigné(	e)				atteste sur	l'honneur
			parentale				
de so	n dossie	r médical confo	, à ormément à la d	emande ioint	r commu e.	nication des	eiements
			Data / /	C!			
Α			Date / /	Signature	}		
<b>~</b>							
~							
		Autoris	ation pour les m	nineurs de 14	à 18 ans	5	
ام در	nuccianá	(a)				autorica	la Cantra
Hosp	italier Ar	nnecv Genevois	à transmettre	les élément	s médica	ux me conc	ernant au
-		-	entale,				
	mande jo		•				
۸			Date / /	Signature			
A			Date / /	Signature			
×							
			Man	dat			
le s	oussiané	e(e)				. donne r	nandat à
				a	fin de (	demander e	t obtenir
communication des éléments de mon dossier médical.							
Δ			Date / /	Signatur			
^			Date / /	Signature			