

## >> Note d'information à l'attention des Usagers

### Objet : Modalités d'accès aux informations médicales

Madame, Monsieur,

L'accès aux informations médicales est soumis à une réglementation précise imposant le respect d'un certain nombre de formalités (Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Dans ce cadre, nous vous demandons de compléter le formulaire ci-joint, de l'adresser au secrétariat de Direction, ou si vous êtes sur place, de le laisser à la secrétaire du Service qui s'en chargera.

Seules les personnes suivantes sont habilitées à accéder aux informations demandées :

- >> Le patient, le tuteur, le curateur
- >> Le détenteur de l'autorité parentale
- >> Les ayants-droit pour les patients décédés

La photocopie des pièces justificatives indiquées dans le formulaire est donc indispensable pour vérifier la qualité du demandeur.

**La remise des copies de dossier médical se fait en un exemplaire et il appartient au destinataire de procéder par ses propres moyens aux copies supplémentaires dont il pourrait avoir besoin**

L'accès aux informations médicales peut être réalisé :

- >> Sous la forme d'une consultation sur place préalablement organisée, avec la personne de votre choix,  
Ou
- >> Par l'envoi de l'ensemble des éléments médicaux du dossier : comptes-rendus d'hospitalisation, comptes-rendus opératoires et/ou comptes rendus de consultation des séjours et/ou des consultations du patient.

**Si vous souhaitez obtenir d'autres éléments, merci de le préciser dans le formulaire, ci-joint, case N° 5**

Les frais de copies sont à votre charge selon les tarifs indiqués ci-après.  
Après enregistrement de votre paiement, la copie des éléments du dossier vous sera adressée.

Les Secrétaires Médicales restent à votre disposition pour répondre à vos questions.

Vous pouvez par ailleurs, contacter le Secrétariat de Direction au 04.50.82.24.62 pour tout complément d'information.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

  
Le Directeur  
Didier RENAUT

>> 1. Renseignements administratifs concernant le patient

Nom de naissance – Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom marital : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

>> 2. Renseignements administratifs concernant le demandeur

**Qualité du demandeur :**

- Patient / Tuteur / Curateur  
 Détenteur de l'autorité parentale  
 Ayant droit (patient décédé) (ascendant, descendant, conjoint, concubin, personne ayant conclu un pacs...)

**Si vous êtes ayant droit ou détenteur de l'autorité parentale, merci de préciser votre identité :**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_

**Si vous êtes ayant droit d'un patient décédé, merci de préciser les motifs de la demande (information obligatoire)**

- Connaître les causes du décès  
 Défendre la mémoire du défunt  
 Faire valoir vos propres droits

>> 3. Copie des justificatifs à nous fournir pour pouvoir accéder aux informations

Patient / Tuteur / Curateur	Ayant droit	Détenteur de l'autorité parentale
> Pièce d'identité (Carte d'identité Nationale Recto-Verso, Passeport en cours de validité, Permis de conduire...)  > Ordonnance de tutelle ou curatelle	> Pièce d'identité (Carte d'identité Nationale Recto-Verso, Passeport en cours de validité, Permis de conduire...) > Livret de famille > Acte de notoriété obtenu auprès d'un notaire ou de l'état civil > Copie du certificat de décès du patient concerné	> Pièce d'identité (Carte d'identité Nationale Recto-Verso, Passeport en cours de validité, Permis de conduire...)  > Livret de famille : extrait de mariage des parents et extrait de naissance de l'enfant  > Ordonnance, jugement ou arrêt rendu : Parents divorcés ou séparés de corps
	Concubin / Partenaire lié par un PACS	
	> Pièce d'identité (Carte d'identité Nationale recto-verso, Passeport en cours de validité, permis de conduire...) > Certificat de concubinage ou bail commun, factures, courriers, photographies, témoignages écrits ou autre permettant d'attester de la vie commune > Copie de l'acte de naissance ou de la convention PACS conclue entre les partenaires > Copie du certificat de décès du patient concerné	

>> 4. Facturation

**Attention, toute reproduction du dossier ou d'une partie du dossier vous sera facturée conformément au Code de la Santé Publique (Art. 1111), sauf consultation sur place ou coût inférieur à 5 Euros.**

**Coûts de reproduction :**

0,18 € par page photocopiée  
 4,00 € par reproduction de clichés radiologiques  
 2,75€ par support CD (scanner, IRM, ...)

A ceci s'ajoutent les frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception selon les tarifs en vigueur.  
 Un avis de pré-paiement vous sera adressé, vous recevrez la copie du dossier en retour de votre règlement.

### >> 5. Nature de la demande

Merci de cocher les cases correspondantes à votre choix :

1. **Souhaitez-vous d'autres éléments que ceux proposés dans la note d'information à l'attention des usagers ci-jointe :**

OUI       NON

2. **Si OUI merci de préciser :**

-  
-  
-

3. **Pour le dernier séjour au CHAL ou un autre séjour ?**

Dernière hospitalisation au CHAL (rayer la mention inutile) :

OUI       NON

Autre hospitalisation - Date à préciser :

### >> 6. Modalités de communication

**Vous souhaitez accéder aux informations médicales de votre dossier par :**

Envoi postal à votre adresse

OU

Envoi postal au Docteur (Nom - Prénom) \_\_\_\_\_ à l'adresse suivante :

Récupération directe de la copie de votre dossier aux Archives Médicales Centrales de l'Hôpital

OU

Récupération directe de la copie de votre dossier au Archives Médicales Centrales de l'Hôpital par une tierce personne M. ou Mme (Nom – Prénom) \_\_\_\_\_

OU

L'organisation d'une consultation sur place, avec si vous le souhaitez la personne de votre choix

### >> 7. Signature du demandeur

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :

Cadre  
réservé  
au Centre  
Hospitalier

« BON POUR ACCORD »  
Transmission de la copie du dossier

Signature du ou des médecins ayant pris en charge le patient  
ou par défaut du ou des chefs de service concernés :

Recommandez-vous l'organisation d'une consultation sur place en présence d'un médecin ou d'une autre personne ?     OUI, lequel \_\_\_\_\_