



## >> 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) afin de garantir la confidentialité des informations concernant le patient.

Dans ce cadre, vous voudrez bien compléter le formulaire ci-joint, l'adresser au secrétariat de la Direction Générale, ou si vous êtes sur place, le remettre 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.

Conformément à l'article 15 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), l'accès aux données est gratuit. En cas de demande réitérée, des frais de reproduction et d'envoi seront facturés au demandeur.

La transmission des informations médicales peut être réalisée :

- >> Sous la forme d'une consultation sur place préalablement organisée, avec la personne de votre choix,  
Ou
- >> Par une remise sur place  
Ou
- >> Par l'envoi postal en recommandé (les frais d'envoi seront laissés à votre charge, avec une demande de prépaiement avant envoi)  
Ou
- >> Par l'envoi en version électronique sécurisée (e-mail – Plateforme sécurisée BlueFile)  
Ou
- >> Transmis sur votre « Mon Espace Santé » uniquement s'il s'agit de votre propre dossier (exclus les demandes de mineurs et de patients décès).

Les secrétaires médicales restent à votre disposition pour répondre à vos questions.

Vous pouvez par ailleurs, contacter le secrétariat de la Direction Générale au 04.50.82.29.59 pour tout complément d'information.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

  
Le Directeur  
Didier RENAUT

CENTRE HOSPITALIER ALPES LÉMAN

Relation Usagers

558, route de findrol BP 20500 74130 Contamine sur Arve

T : 04 50 82 20 00 - F : 04 50 82 22 25

[www.ch-alpes-leman.fr](http://www.ch-alpes-leman.fr)



**Extrait de l'article L. 1111-7 de la LOI N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :**

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4 »

**Extrait de l'article L. 1110-4 de la LOI N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :**

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. »

>> 1. Renseignements administratifs du patient

Nom de naissance –Prénom : \_\_\_\_\_

Nom marital : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

*Les données personnelles collectées permettent de répondre à votre demande et seront conservées 5 ans.*

>> 2. Renseignements administratifs du demandeur

Qualité du demandeur:  Patient  Titulaire de l'autorité parentale  Tuteur  Mandataire  Ayant-droit

Si vous êtes ayant-droit ou détenteur de l'autorité parentale, précisez votre identité :

Nom de naissance –Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

Les ayants droit doivent obligatoirement indiquer et préciser le motif de leur demande :

*Conformément à la réglementation, seuls les éléments répondant au motif de la demande seront transmis.*

Connaître les causes de la mort  Défendre la mémoire du défunt\*  Faire valoir vos propres droits\*

\*Motif à préciser obligatoirement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

>> 3. Copie des justificatifs à fournir pour l'accès aux informations

<b>PATIENT</b>	1. Pièce d'identité (carte d'identité nationale recto-verso ou passeport en cours de validité ou permis de conduire)
<b>TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE</b>	Situation parentale : <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> divorcés <input type="checkbox"/> Séparés de corps 1. Pièces d'identité du demandeur et patient 2. Parents mariés ou vie maritale : livret de famille 3. Parents divorcés ou séparés de corps: ordonnance, jugement ou arrêt rendu attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale
<b>TUTEUR / CURATEUR</b>	1. Pièce d'identité du tuteur ou curateur 2. Jugement de tutelle ou de curatelle (à la personne)
<b>AYANTS DROIT</b>	1. Pièce d'identité de l'ayant droit 2. Livret de famille ou acte/certificat de notoriété obtenu auprès d'un notaire ou de l'état civil ( <i>conjoint mariés, enfants, puis ordre successoral ; ayant droit testamentaire</i> ) 3. Certificat de concubinage ou de bail commun ou de convention PACS ( <i>concubins/ pacsés</i> ) 4. Acte de décès
<b>MANDATAIRE</b>	1. Pièce d'identité du patient 2. Pièce d'identité du demandeur mandaté par le patient 3. Accord explicite du patient sur papier libre, daté, écrit et signé par lui, donnant le mandat exprès à un tiers

>> 4. Nature de la demande (A ne pas compléter par les ayants-droits)

1- Vous souhaitez obtenir les copies de :

- l'ensemble des séjours réalisés au CHAL  
 uniquement un séjour en particulier :

Service (s) concerné(s)	
Nom du médecin	
Date de prise en charge	

2- Les pièces souhaitées

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation / lettre de liaison | <input type="checkbox"/> Clichés d'imagerie      |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu de consultation externe               | <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'imagerie |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire ou d'accouchement          | <input type="checkbox"/> Résultats biologiques   |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :                               |  |

3- Afin de répondre au mieux à votre démarche, merci de renseigner le motif de votre demande :

\_\_\_\_\_

>> 5. Modalité de communication

Vous souhaitez accéder aux informations médicales par :

- Envoi postal à votre nom et adresse, en recommandé (frais de l'envoi en recommandé à votre charge)  
 Remise en mains propres au CHAL –le rendez-vous sera convenu une fois votre demande finalisée  
 Envoi par email sécurisé (Plateforme BlueFile) (adresse email obligatoirement renseignée).  
 Transmission sur votre « Mon Espace Santé » uniquement s'il s'agit de votre propre dossier (exclus les demandes de mineurs et de patients décès). N° SS obligatoire : \_\_\_\_\_  
 Récupération de votre dossier par une tierce personne :

Nom de naissance – Prénom de la personne tierce : \_\_\_\_\_

À fournir avec la demande : une procuration manuscrite

A fournir au moment de la remise du dossier : une pièce d'identité

- Transmission directement à un professionnel de santé - ATTENTION lors d'un envoi au médecin, son autorisation est requise :

Nom et adresse : \_\_\_\_\_

- Consultation sur place, avec le médecin vous ayant pris en charge \_\_\_\_\_

>>> 6. Signature du demandeur

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ 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 :