

# DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL



Afin de traiter votre demande, nous vous demandons de nous adresser les documents suivants :

- ↪ **Une lettre de demande d'accès au dossier médical**
- ↪ **Le formulaire de demande complété (cf. ci-dessous) et le paiement**
- ↪ **Les justificatifs (liste au verso de ce document)**

**Par courrier avec A/R à l'adresse suivante :**

Santé Relais Domicile, Madame La Directrice, 25 rue Paule Raymondis 31200 Toulouse

## FORMULAIRE A RENSEIGNER

### Patient :

NOM de naissance : ..... Prénom : .....

NOM d'usage : ..... Date de naissance : .....

Dates du séjour à Santé Relais Domicile : .....

Médecin coordonnateur référent au cours de l'hospitalisation : .....

### Demandeur (si différent du patient) :

NOM de naissance : ..... Prénom : .....

NOM d'usage : ..... Date de naissance : .....

Adresse du patient ou le cas échéant du demandeur : .....

..... Téléphone : .....

### Je souhaite avoir communication du :

**Dossier complet** (intégralité des documents contenus dans le dossier médical de l'hospitalisation) sauf pour patients décédés (dans ce cas, seules les pièces répondant au motif de la demande peuvent être communiquées)

**Ou**  **Des pièces suivantes** versées au dossier médical (1)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lettre de sortie (compte-rendu d'hospitalisation) | <input type="checkbox"/> Observations médicales |
| <input type="checkbox"/> Prescriptions thérapeutiques                      | <input type="checkbox"/> Dossier transfusionnel |
| <input type="checkbox"/> Feuilles de surveillance                          |   |
| <input type="checkbox"/> Autres documents éventuels : .....                |   |

### Selon les modalités suivantes :

- Consultation sur place dans les locaux du siège social de Santé Relais Domicile (2), sur rendez-vous avec un médecin de la structure
- Remise en mains propres
- Envoi recommandé avec accusé de réception
- Envoi postal à un médecin désigné par mes soins (NOM et coordonnées exactes) :

### Frais de reproduction :

- 0,20 € par feuillet *plus le coût de l'expédition en recommandé pour l'envoi postal*
- 15 € pour un dossier complet (*ce tarif comprend l'envoi en recommandé avec accusé de réception*)

Chèque à l'ordre de : Santé Relais Domicile, à joindre à la demande

### Je suis informé(e) que :

- Pour les dossiers médicaux datant de moins de 5 ans, le délai légal d'envoi du dossier est de 8 jours à compter de la date de réception de votre demande complète (après délai de réflexion minimum de 48h)
- Pour les dossiers médicaux datant de plus de 5 ans, le délai légal d'envoi du dossier est de 2 mois

**Attention :** Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations. J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui me concernent (famille, entourage, assureurs, employeurs, etc...)

(1) selon le type et le motif d'hospitalisation, tous les éléments listés n'existent pas obligatoirement dans chaque dossier.

(2) Si vous choisissez de venir consulter le dossier sur place, le médecin qui vous recevra peut vous aider à trier le document dont une copie vous serait utile.

Fait à .....

Le : ..... / ..... / .....

**Signature :**

**TOURNER SVP**

## Liste des justificatifs à fournir en fonction de vos droits

**ATTENTION : dans tous les cas, une lettre de demande doit être adressée à Madame la Directrice de l'établissement par courrier recommandé avec accusé de réception, accompagnée des éléments justificatifs ci-dessous + paiement**

### **Vous êtes : La personne concernée**

↳ La copie recto-verso de votre pièce d'identité ou passeport ou carte de séjour en cours de validité

### **Vous êtes : ayant droit en cas de décès de la personne** (Sauf opposition de la personne défunte de son vivant avec élément de preuve dans le dossier médical)

#### Pièces à fournir :

- ① La copie recto-verso de votre pièce d'identité ou passeport ou carte de séjour en cours de validité
- ② La copie du livret de famille attestant du lien de parenté  
OU - Un document justifiant votre qualité d'ayant droit : certificat d'hérédité délivré par la mairie ou acte de notoriété délivré par le notaire  
OU - Certificat de concubinage si vous êtes le concubin  
OU - Copie du PACS

Le motif de la demande (cocher obligatoirement un seul des motifs ci-dessous) :

- Défendre la mémoire du défunt  
 Faire valoir un droit  
 Connaitre la cause du décès

L'accès des ayants droits aux informations médicales du patient décédé est limité, il ne concerne pas l'accès à toutes les pièces du dossier.

Le motif doit être explicité dans votre courrier, afin de permettre à l'équipe médicale d'identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l'objectif correspondant.

### **Vous êtes : le détenteur de l'autorité parentale dans le cas d'enfants mineurs à la date de la demande**

#### Pièces à fournir :

- ① La copie recto-verso de votre pièce d'identité ou passeport ou carte de séjour en cours de validité
- ② La copie du livret de famille
- ③ Le cas échéant la copie du jugement précisant le détenteur de l'autorité parentale

### **Vous êtes : le médecin expressément désigné par l'intéressé comme intermédiaire**

- ① Votre nom et votre adresse : .....  
.....
- ② Un courrier du patient nous autorisant à vous transmettre les données médicales demandées

### **Vous êtes : le tuteur d'une personne majeure placée sous tutelle**

- ① La copie recto-verso de votre pièce d'identité ou passeport ou carte de séjour en cours de validité
- ② La copie du jugement de mise sous tutelle désignant le tuteur

#### **Références réglementaires:**

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Art L1111-7 et L1112.1 du code de la santé publique
- Décret 2016-994 du 20 juillet 2016
- Décret 2018-137 du 26-02-2018