



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

A RETOURNER, ACCOMPAGNÉ DES JUSTIFICATIFS À L'ADRESSE :

Maternité des Lilas - Service du secrétariat médical

12-14 Rue du Coq Français- 93260- Les Lilas

Téléphone : 01.49.72.64.15 / Fax : 01.49.72.64.62 / Mail : contact@maternite-des-lilas.com

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : Patient Tuteur Ayant-droit Représentant légal Médecin

Civilité : Mme Mr Autre

Nom de naissance : _____ **Nom d'usage** : _____

Prénom : _____ **Date de naissance** : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune** : _____

Tel : Domicile : _____ **Mobile** : _____

Courriel (e-mail) : _____

IDENTITÉ DU PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE *(Si différent du demandeur)*

Civilité : Mme Mr Autre

Nom de naissance : _____ **Nom d'usage** : _____

Prénom : _____ **Date de naissance** : ____ / ____ / ____

Cas particulier : Patient décédé le ____ / ____ / ____ (seuls les ayants droits du défunt peuvent faire cette demande)

JUSTIFICATIFS À JOINDRE À LA DEMANDE

Patient : Copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité.

Représentants d'un mineur : Copie recto-verso de la pièce d'identité du parent et copie du livret de famille (Partie parents et enfant) ou justificatif attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale (extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois, jugement de divorce).

Représentants légaux d'un patient sous tutelle : Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient, et copie du jugement de tutelle

Ayant-droit : Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et copie de l'acte de décès et suivant sa qualité :

- Copie du livret de famille (enfant du défunt ou son époux/épouse)
- Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (partenaire du défunt)
- Certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signé des concubins
- Et/ou certificat d'hérédité / acte notarié (héritier autre)

La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient de son vivant, s'y est opposé (directives anticipée).

Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent.¹

¹ Articles L.1110-4 et L.1111-7 du code de la santé publique, décision CE n°270234



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

A cette fin, il est nécessaire d'indiquer le motif de la demande, parmi les trois suivants :

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

Pour les deux derniers motifs (défendre la mémoire du patient, faire valoir vos droits), vous devez détailler votre demande (toute demande incomplète ne pourra être traitée).

Précisez : _____

LES ÉLÉMENTS DU DOSSIER DEMANDÉS (À COCHER)

- Compte-rendu d'hospitalisation Compte-rendu opératoire Compte-rendu de consultation
 Dossier de soins Résultats d'exams (précisez) : _____
 Compte rendu d'imagerie médicale (précisez) : _____
 Autres pièces (précisez) : _____
 Intégralité du dossier
Précisez la date du(des) séjour(s) : _____ / _____ / _____

Service(s) concerné(s) par la demande et année de passage : (maternité, Centre de Planification Familial)

MODALITÉS DE COMMUNICATION

Délai² : Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Tarif³ : **Maternité** : 12 euros pour les frais de dossier + 12 euros les frais d'envoi par courrier postal (LR/AR)

Centre de planification familial et d'IVG : 7 euros frais de dossier + 10 euros les frais d'envoi par courrier postal (LR/AR)

Modes de règlement : Chèque, CB, espèce ou virement.

Vous souhaitez (à cocher) :

- Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception (frais de copie et envoi postal en LR/AR facturés au tarif en vigueur)
 Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone (frais de copie)
 Un envoi à un médecin de votre choix (frais de copie et envoi postal en LR/AR facturés au tarif en vigueur)
Précisez ses coordonnées : _____
 Une consultation sur place. Un médecin sera disponible dans l'établissement pour répondre librement à vos éventuelles interrogations. Le secrétariat médical prendra contact avec vous pour convenir d'un rendez-vous.

Je, soussigné(e), M/Mme _____ **reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.**

Date :

Signature (manuscrite obligatoire) :

² Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans à compter de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R.1112-7 du code de la santé publique).

³ Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005.