|  |  |
| --- | --- |
| [http://portail/GHT_SESAME/images/Accueil/Logo_GHT.jpg](http://portail/GHT_SESAME/) | **FORMULAIRE DE DEMANDE D’ACCES AU DOSSIER MEDICAL**  **A retourner, accompagné des justificatifs à l’adresse** :  **Hôpitaux Paris Est Val de Marne :** Site Centre Hospitalier les Murets et Site Hôpitaux de Saint-Maurice  **Direction de la Qualité, et du Parcours Administratif Patient (DQPAP) Pôle des relations des usagers - 14, rue du Val d’Osne 94410 SAINT-MAURICE CEDEX**  Téléphone : 01.43. 96.65. 61. Courriels : [direction@ght94n.fr](mailto:direction@ght94n.fr) ou [cdu@ght94n.fr](mailto:cdu@ght94n.fr) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTITÉ DU DEMANDEUR** | | | | | | | |
| **Qualité du demandeur :** | **Patient** | | **Tuteur** | | **Ayant-droit** | **Représentant légal** | **Autres** |
| Civilité | **Mme** | | | | **M.** | | |
| Nom de naissance :……………………………………………………………. | | | | Nom d’usage : ……………………………………………………………. | | | |
| Prénom : ……………………………………………………………………….. | | | | Date de naissance : ……………………………………………………… | | | |
| Adresse :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | |
| Code postal : ………………………………………………………….. | | | | Commune………………………………………………………………….. | | | |
| Tél du demandeur : ……………………………………………………  *(Nécessaire pour vous contacter si difficulté)* | | | | **Courriel** : ………………………………………………………………….. | | | |
| **IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)** | | | | | | | |
| Civilité | **Mme** | | | | **M.** | | |
| Nom de naissance :…………………………………………………….. | | | | Nom d’usage : …………………………………………………………… | | | |
| Prénom : ………………………………………………………………. | | | | Date de naissance : …………………………………………………….. | | | |
| Cas particulier : patiente décédé le………………………………..*(seuls les ayants droits du défunt peuvent faire cette demande)* | | | | | | | |
| **JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE** | | | | | | | |
| **Patient** | | | | * Copie de la carte d’identité en cours de validité recto-verso   ou   * Copie du votre passeport | | | |
| **Détenteur de l’autorité parentale** *(pour un enfant mineur)* | | **Mère  père**  **Autre** | | * Copie de votre carte d’identité en cours de validité recto-verso * Copie du livret de famille ou de l’extrait d’acte de naissance * En cas de divorce : une copie du jugement attestant de l’autorité parentale * En cas de délégation de l’autorité parentale : copie du jugement du JAF | | | |
| **Personne en charge d’une mesure de protection juridique : Tuteur** | | | | * Copie de la carte d’identité en cours de validité recto-verso du demandeur * Copie du jugement de tutelle | | | |
| **Personne mandatée par le patient lui-même** | | | | * Copie de votre carte d’identité en cours de validité recto-verso * Copie d’une pièce d’identité en cour de validité (recto-verso) du patient concerné par la demande * Un document écrit permettant de justifier du mandat (daté et signé par le patient) | | | |
| **Ayant droit d’une personne décédée le : ……………………………….**  **En précisant le motif de la demande En application de l’article L1110-4 du code de la santé publique.**  **Connaitre les causes de la mort**  **Défendre la mémoire du défunt**  **Fair valoir vos droits**  *Seules les informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par l'ayant droit lui sont communicables***.** | | | | * Copie de votre carte d’identité en cours de validité recto-verso * Copie du livret de famille (enfant du défunt ou son époux/épouse) et suivant sa qualité * Copie de l’acte de décès * Copie du certificat de vie commune pour le concubin * Copie du contrat PACS pour le partenaire pacsé * Et/ou certificat d’hérédité ou acte ou attestation notariée pour les autres ayants droits /héritiers autres | | | |
| **LES ELEMENTS DU DOSSIER DEMANDÉS** | | | | | | | |
| **Je souhaite accéder à l’intégralité du dossier médical** | | | | | | | |
| **Je ne souhaite pas obtenir l’intégralité du dossier , mais uniquement** | | | | | | | |
| * Le compte-rendu d’hospitalisation * Le compte-rendu de consultation * Le compte-rendu d’imagerie médicale * Les pièces essentielles du dossier médical (feuille de liaison (CRH), * La consultation du dossier sur place (un rendez-vous vous sera proposé par téléphone) * Les résultats d’examens (je précise lesquels)  :……………………………………………………………………………………………… * Le dossier social * Le dossier paramédical * D’autres documents (je précises lesquels) : …………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DELAI DE COMMUNICATION ET MODALITES** | |
| **Le dossier médical ne pourra vous être communiqué au plus tôt qu’après l’observation d’un délai de réflexion de 48 heures suivant la réception de votre demande complète.**  L’établissement dispose d’un délai de 8 jours pour vous transmettre les documents demandés. Ce délai est porté à 2 mois si les informations médicales datent de plus de 5 ans.  **CONSERVATION DOSSIER MEDICAL** :  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).  Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005.  **Conformément au décret n°2023-1426, il est désormais stipulé que la première demande de copie du dossier médical par le patient ou son représentant légal ne peut faire l'objet d'aucun frais**. Cette mesure s'applique à tous les dossiers sans distinction et entre en vigueur immédiatement.  **TARIF DES COPIES** :   * Les copies sont facturées à 0,18 € l’unité ; * CD- ROM/DVD 2,75 € est facturé; * Radiographie, IRM ou scanner A3 : 2,17 €- A4 : 1,04 € * L’envoi par courrier postal (LR/AR) est facturé au tarif en vigueur. Les frais de copies inférieurs à 1€ ne sont pas facturés.   Vous souhaitez (à cocher) :   * Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception * Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone. * 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 rendez-vous vous sera proposé par téléphone) | |
| Je, soussigné(e), M…………………………………………………………………………………………………….………………………………….  Reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m’engage à s’acquitter de l’ensemble des frais de copie et d’envoi éventuels. | |
| **PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES (RGPD),** | |
| Le rôle principal du DPO est de veiller au respect les lois et réglementations en matière de protection des données personnelles. Ses responsabilités incluent :   * Informer et conseiller l'organisme et ses employés sur leurs obligations en matière de protection des données. * Contrôler le respect du RGPD et des autres réglementations sur la protection des données au sein de l'organisation. * Conseiller sur les analyses d'impact relatives à la protection des données et en vérifier l'exécution. * Coopérer avec l'autorité de contrôle (comme la CNIL en France). * Être le point de contact pour les individus dont les données sont traitées, ainsi que pour les autorités de protection des données.   **Coordonnées du Délégué à la Protection des Données (DPO) Mail :** [**dpo@ght94n.fr**](mailto:dpo@ght94n.fr) **🕿 : 01 43 96 60 45** | |
| **Date : …………………………………………………………………..** | **Signature** |
| Le service des relations des usagers reste à votre écoute pour toute information relative à la demande d’accès au dossier médical | |

**Que contient le dossier médical ?**

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé, des éléments suivants, ainsi classés :

**❶Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l’établissement, lors de l’accueil au service des urgences ou au moment de l’admission et au cours du séjour hospitalier, notamment :**

a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou, en cas d'admission, la lettre de liaison prévue à l'article R. 1112-1-1 ;

b) Les motifs d'hospitalisation ;

c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;

d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;

e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;

f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;

g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;

h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;

i) Le dossier d'anesthésie ;

j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;

k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;

l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;

m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;

n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;

o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;

p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;

q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice

**❷Les informations formalisées établies à la fin du séjour qui comportent notamment :**

a) La lettre de liaison remise à la sortie prévue par l'article R. 1112-1-2 ;

b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;

c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;

d) La fiche de liaison infirmière

**❸Les informations mentionnant qu’elles ont été recueillies auprès de tiers n’intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.**

Ces informations ne sont pas communicables.