|  |  |
| --- | --- |
| http://portail/GHT_SESAME/images/Accueil/Logo_GHT.jpg | **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 ou 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** **🕿 : 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.