

Tous les champs sont obligatoires.
Toute demande incomplète ne sera pas traitée.

Ce document est à remplir et à adresser soit par :

- 1) courrier à : Centre hospitalier intercommunal de Fréjus Saint-Raphaël, Service des relations avec les Usagers, demande d'accès dossier médical, 240 Avenue de Saint-Lambert, CS 90110, 83608 Fréjus Cedex.
- 2) courriel : sru@chi-fsr.fr
- 3) dépôt physique : boîte aux lettres dédiée hall d'entrée

IDENTITE DU DEMANDEUR

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

Civilité : ☐ Mme ☐ M. ☐ Autre, précisez :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse complète :

Tel : Courriel @ :

En communiquant votre courriel, vous autorisez son utilisation interne.

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité : ☐ Mme ☐ M. ☐ Autre, précisez :

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 A JOINDRE A LA DEMANDE

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

Représentants d'un mineur : (1) copie recto-verso de la pièce d'identité du parent et (2) 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 : (1) copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient, et (2) copie du jugement de tutelle.

ELEMENTS DU DOSSIER DEMANDES (à cocher uniquement si patient, représentant mineur et tutelle)

Hospitalisation du : au

Dans le ou les services de :

Je souhaite avoir accès au(x) :

☐ Examens de laboratoire ☐ Compte rendu de fin d'hospitalisation / lettre de sortie ☐ Compte rendu opératoire ☐ Synthèse des urgences ☐

Compte rendu d'imagerie ☐ QR CODE imagerie ☐ Autre, précisez :

OU

☐ Dossier complet (*si vous cochez cette case il n'est pas nécessaire de détailler les éléments que vous souhaitez*)

SI VOUS ETES AYANT DROIT (justificatifs à fournir et information importante)

Joindre la copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, 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, signée des concubins (concubin)
- ☐ 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. 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 (Article L 1110-4 du Code de la Santé Publique).

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 :

.....

.....

MODALITES DE COMMUNICATION

Vous souhaitez (à cocher) :

- ☐ Consulter le dossier sur place (un rendez-vous vous sera proposé par téléphone)
- ☐ Une remise en main propre dans le service des relations avec les usagers (SRU) pendant les horaires d'ouverture du service. Le dossier sera conservé 30 jours dans le service. Passé ce délai le dossier sera envoyé en lettre recommandée avec accusé de réception à vos frais.

Je donne procuration à M/Mme né(e) le qui présentera sa pièce d'identité, si je ne peux pas me déplacer personnellement pour récupérer mon dossier.

- ☐ Un envoi postal en recommandé avec accusé réception (frais envoi à votre charge selon tarif en vigueur)
- ☐ Un envoi à un médecin de votre choix (envoi postal en LR/AR facturé au tarif en vigueur) Précisez ses coordonnées :

.....
.....
.....

Date :

Je soussigné(e)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Signature

x

Validation par le service :

Médecin 1

Médecin 2

Médecin 3

Médecin 4

Nom :

Nom :

Nom :

Nom :

Service :

Service :

Service :

Service :

Date validation :

Date validation :

Date validation :

Date validation :

Signature :

Signature :

Signature :

Signature :

Le service des relations avec les usagers reste à votre écoute pour toute information relative à la demande d'accès au dossier médical

INFORMATION IMPORTANTE

- **Délai de conservation** : 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).
- **Délai de transmission du dossier** : 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 transmission de la demande recevable au(x) service(s) concerné(s).
- **Tarif** : Depuis le 26 octobre 2023, la première demande est gratuite. Seuls les frais d'envoi en recommandés sont facturés au tarif en vigueur. En cas de deuxième demande dans l'année en cours, les frais de copie vous seront facturés.