



Ce formulaire est à retourner, accompagné des justificatifs demandés

Par voie postale :

Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer
Route de Blendecques - BP 60357 HELFAUT
62505 SAINT-OMER CEDEX

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE SERA PAS TRAITEE

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur :

- ☐ Patient
- ☐ Ayant-droit
 - ☐ Epoux, Epouse
 - ☐ Père, mère, représentant légal d'un enfant mineur
 - ☐ Enfants
 - ☐ Autres ayants droits (héritiers, bénéficiaires d'une assurance décès...)
- ☐ Partenaire lié par PACS ou concubin
- ☐ Tuteur

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... **Adresse :**

Code postal : **Commune :**

Tél : Domicile : **Mobile :**

Adresse mail :

IDENTITÉ DU PATIENT (À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE PATIENT N'EST PAS LE DEMANDEUR)

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Adresse :

.....

Code postal : Commune :

**DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL
PARMI LES QUATRE HYPOTHÈSES SUIVANTES SELON LA SITUATION DU DEMANDEUR**

1/ Si la demande est faite par le patient lui-même :

- ☐ Copie recto-verso de la pièce d'identité **en cours de validité**

2/ Si la demande est faite par les représentants d'un mineur :

- ☐ Copie recto-verso de la pièce d'identité du parent ;
- ☐ 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).

3/ Si la demande est faite par les représentants légaux d'un patient sous tutelle :

- ☐ Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur représentant le patient ;
- ☐ Copie de la pièce d'identité du patient sous tutelle ;
- ☐ Copie du jugement de tutelle.

4/ Si la demande est faite par les ayant-droits (époux, épouse, père, mère, enfants, héritiers, bénéficiaires d'une assurance décès) :

- ☐ Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur ;
- ☐ Copie de l'acte de décès ;
- ☐ Certificat d'hérédité / acte notarié ;

Selon votre situation, veuillez joindre à la demande l'un des documents suivants :

- ☐ Copie du livret de famille (si enfant du défunt ou son époux/épouse) **OU**
- ☐ Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (partenaire du défunt) **OU**
- ☐ Certificat de vie commune **OU**
- ☐ Déclaration sur l'honneur attestant du concubinage, signée par les concubins

A cette fin, **il est impératif de cocher le motif de la demande ET de le préciser ci-dessous** (Vous devez impérativement motiver votre demande de façon détaillée. L'équipe médicale déterminera les éléments du dossier médical qui répondent à ce motif. Seuls ces derniers pourront vous être transmis, il est donc important de bien expliquer les raisons de votre demande).

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

.....

.....

.....

.....

.....

N.B. : En vertu des **articles L.1110-4 et L.1111-7 du code de la santé publique**, 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.

CONTENU DU DOSSIER SOLLICITÉ

Veuillez préciser le contenu de votre demande de dossier médical :

SERVICES FREQUENTÉS CONCERNÉS PAR LA DEMANDE

SERVICE	DU (jour/mois/année)	AU (jour/mois/année)

DESIGNATION DES PIECES DE DOSSIER PATIENT SOUHAITEES

- ☐ Comptes rendus de consultation
- ☐ Comptes rendus d'hospitalisation
- ☐ Comptes rendus opératoires
- ☐ Comptes rendus d'examens complémentaires (biologie, radiologie...)
- ☐ Dossier d'anesthésie
- ☐ Copies d'imagerie (radios, IRM, scanners...)
- ☐ Autres pièces (précisez) :

N.B. : En vertu de **l'article R.1112-7 du code de la santé publique**, 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.

MOYEN DE COMMUNICATION DU DOSSIER SOLLICITÉ

- ☐ Consultation sur place sans remise de copies de documents ou clichés
(uniquement si votre demande concerne un seul service)
 - ☐ Remise en main propre de la copie du dossier médical / des dossiers médicaux (1)
 - ☐ Envoi du dossier à
 - ☐ Moi-même le demandeur (*Coût de duplication + frais postaux aux tarifs en vigueur (1)*)
 - ☐ Un médecin : Dr Adresse
- Adresse de messagerie **sécurisée** du médecin :

(1) Coût de duplication : La première communication du dossier médical est toujours gratuite. Des frais seront appliqués pour l'envoi en recommandé ou en cas de demandes répétées.

- 0,18 € par page
- CD – Pochette range CD et enveloppe – prix unitaire : 2.75 € l'unité
- Frais d'envoi en recommandé avec AR selon tarif postal en vigueur

N.B. : La première communication du dossier médical est toujours gratuite. Vous recevrez un titre de recettes émis par la Trésorerie que vous réglerez selon les modalités indiquées. Ce titre correspond aux frais d'envoi, à l'adresse indiquée sur le présent formulaire en application de **l'article R.311-11 du code des relations entre le public et l'administration**, qui dispose qu'« A l'occasion de la délivrance du document, des frais correspondants au coût de reproduction et, le cas échéant, d'envoi de celui-ci peuvent être mis à la charge du demandeur. [...] L'intéressé est avisé du montant total des frais à acquitter dont le paiement préalable peut être exigé ».

Enfin, en matière de délais, veuillez noter que selon **l'article L.1111-7 du code de la santé publique**, les dossiers médicaux de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours et que ceux de plus de 5 ans sont communiqués dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Dès réception de ces informations et sauf rétractation de votre part dans un délai de 48 heures, une suite sera donnée à votre demande dans les délais définis par les textes. Le service des relations avec les usagers reste à votre écoute pour toute information relative à la demande de dossier médical.

Je soussigné(e), Monsieur/Madame 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.

Fait le/...../..... à

Signature obligatoire :