

**Demande d'accès aux informations  
personnelles détenues par les professionnels  
et les établissements de santé**

**PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION**

Demande réceptionnée par le service le ..... satisfaite le ..... = j  
adressée à :  DG -  service  
effectuée par :  patient -  tuteur -  Ayant droit patient DCD motif : .....  
 personne mandatée par le patient -  parent  
Accès par :  consultation sur place  
 réalisation copies : adressées  domicile  médecin désigné  
 retirées au CH  
Nature des copies demandées :  Dossier complet  Cpte rendu  clichés radios ou cd

**FORMULAIRE**

**Coordonnées du demandeur** (patient ou personne mandatée par ce dernier, ou tuteur, ou parent titulaire de l'autorité parentale, ou ayant droit du patient décédé)

Je soussigné (e) (Nom-prénom et nom de jeune fille le cas échéant en LETTRES CAPITALES) .....

Né(e) le ..... Téléphone .....

Domicilié(e) .....

**sollicite la communication des informations contenues dans le dossier médical**

établi à la suite de l'hospitalisation dans le service de .....

à la date du .....

information(s) souhaitée(s) .....

**me concernant** (joindre une copie d'une pièce d'identité recto et verso)

**de M** ..... né(e) le .....

**en ma qualité de :**  **personne mandatée** (joindre une copie de la pièce d'identité du mandataire et du mandat exprès accordé par le patient dûment signé par ses soins auquel sera jointe une copie de sa pièce d'identité)

**tuteur**  
(joindre une copie de la pièce d'identité du demandeur recto et verso et un justificatif de l'exercice de la tutelle)

**titulaire de l'autorité parentale** (joindre une copie de la pièce d'identité du demandeur, une copie du livret de famille, attestant le lien de parenté ou, le cas échéant, du jugement de divorce)

A noter que conformément à la réglementation, « l'enfant mineur, qui souhaiterait garder le secret sur un traitement ou une intervention dont il a fait l'objet, peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet »... Il peut également demander que « l'accès du titulaire de l'autorité parentale aux informations concernant son état de santé ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin, ces informations, sont, au choix du titulaire de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'il a désigné ou consultées sur place en présence de ce médecin. »

**Dans ce contexte, j'atteste que mon enfant mineur (en âge d'émettre un avis) a été informé de cette demande et ne s'y oppose pas.**

**ayant-droit d'une personne décédée** (joindre une copie de la pièce d'identité du demandeur recto et verso et un certificat d'hérédité)

**Motif de la demande (mention obligatoire)** (conditions d'accès énumérées à l'article L.1110-4 du code de la santé publique):

Faire valoir un droit, précisez lequel : .....

Connaître les causes du décès du patient

Défendre la mémoire du défunt, précisez le motif : .....

Ce motif doit répondre aux conditions fixées par la réglementation. Dans le cas contraire, le médecin peut opposer un refus motivé. Dans cette situation, un certificat médical ne comportant pas d'informations couvertes par le secret médical, pourra être délivré au demandeur (article 7 du décret n° 2002-637). Dans cette optique, l'ayant droit d'une personne décédée ne peut obtenir la totalité des éléments du dossier médical, mais uniquement les informations lui permettant de répondre à sa demande motivée, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (article L.1110-4 du code de la santé publique)

**en ce qui concerne les modalités de communication, je souhaite :**

**consulter sur place ces informations** (la pièce d'identité devra être produite le jour de la consultation) :

- seul(e)
- accompagné(e) d'une personne de mon choix (médecin, ami...)

*La consultation est gratuite, par contre les copies qui pourront être demandées à cette occasion seront facturées selon les tarifs en vigueur au centre hospitalier. Cette consultation s'effectue sur rendez-vous. La secrétaire du service concerné prendra contact avec le demandeur afin de fixer un rendez-vous à sa convenance.*

**obtenir des copies de ces informations**

- que je viendrai retirer, à la date qui me sera indiquée, au centre hospitalier -bureau des consultations externes de chirurgie-, moyennant les frais de reproduction, selon les tarifs en vigueur au sein du centre hospitalier de Charleville-Mézières (la pièce d'identité devra être produite lors de la prise des documents : **Attention, ces derniers ne pourront pas être remis à une autre personne que celle mentionnée sur ce formulaire**). Ces documents seront tenus à ma disposition pendant un délai d'un mois. Passé ce délai, ils me seront adressés à mon domicile en recommandé simple. Les frais de délivrance et postaux, qui restent à ma charge, feront l'objet d'une facture que je recevrai ultérieurement.
- qui me seront adressées à mon domicile, moyennant des frais de délivrance (coût de reproduction et frais d'envoi en recommandé simple) selon les tarifs en vigueur au sein du centre hospitalier de Charleville-Mézières, et pour lesquels je recevrai une facture ultérieurement,

**que ces informations soient transmises au médecin désigné ci-après** (étant précisé que je recevrai ultérieurement la facture correspondant aux frais de délivrance (coût de reproduction et frais d'envoi en recommandé simple), selon les tarifs en vigueur au sein du centre hospitalier de Charleville-Mézières :

Docteur .....

Adresse .....

***N.B. : A défaut de réponse de ma part, en ce qui concerne ces modalités de communication, j'ai bien noté que les informations sollicitées seront adressées à mon domicile moyennant les frais de reproduction et d'envoi à ma charge et pour lesquels je recevrai une facture ultérieurement.***

Fait le ..... à .....

Signature : .....



*Conformément à l'arrêté du 5 mars 2004, modifié par l'arrêté du 3 janvier 2007, portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, il est précisé, à toutes fins utiles, que les informations contenues dans un dossier médical revêtent un caractère strictement confidentiel et qu'il vous appartient de prendre toutes les précautions d'usage vis à vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).*

*Formulaire à retourner dûment complété et accompagné des pièces justificatives à  
Monsieur le Directeur du centre hospitalier de Charleville-Mézières – Direction Générale  
45 avenue de Manchester BP 10900 08011 CHARLEVILLE MEZIERES CEDEX  
ou directement dans le service concerné.*