



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER MEDICAL Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :

CHRU de Nancy
Service Accès Dossier – Hôpitaux de Brabois
S A M A D
Rue du Morvan
54500 VANDOEUVRE LES NANCY

I – RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES RELATIFS AU DEMANDEUR

Je soussigné(e) Madame Monsieur

NOM, Prénom :

NOM de naissance :

Né(e) le :

À :

Département Pays.....

Adresse personnelle :

.....

Téléphone.....

E-mail

DEMANDE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL DE :

NOM, Prénom :

NOM de naissance :

Né(e) le :

À :

Département Pays.....

II – RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES SUR LA QUALITE DU DEMANDEUR

1- En cas de demande de dossier médical d'une personne mineure

- **TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE** Mère Père

Je joins obligatoirement le(s) justificatif(s) suivants :

a. Justificatifs d'identité suivants (obligatoire) : en cours de validité

- Copie **recto-verso** de ma carte nationale d'identité **ou** Copie de mon passeport
 Copie de mon permis de conduire

Et

b. Copie du livret de famille **et** **acte de naissance**

c. En cas de divorce et/ou de séparation, copie de l'ordonnance du juge aux affaires familiales

- **DELEGATAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE**

a. Justificatifs d'identité suivants (obligatoire) : en cours de validité

- Copie **recto-verso** de ma carte nationale d'identité **ou** Copie de mon passeport
 Copie de mon permis de conduire

Et

b. Copie de la décision du juge aux affaires familiales

- **TUTEUR**

a. Justificatifs d'identité suivants (obligatoire) : en cours de validité

- Copie **recto-verso** de ma carte nationale d'identité **ou** Copie de mon passeport
 Copie de mon permis de conduire

Et

b. Copie de l'ordonnance du juge des tutelles

III - RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE

- Je souhaite avoir communication des pièces du dossier médical correspondant au(x) séjour(s) suivants :

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation		Service(s) d'hospitalisation ou de consultation	Hôpital (Brabois, Central, Saint-Julien, Maternité Régionale, Emile Gallé)	Chef (s) de service
Du (JJ/MM/AA)	Au (JJ/MM/AA)			

- **Je demande la copie des documents médicaux suivants :**

- L'intégralité du dossier médical correspondant aux séjour(s) précité(s) ci-dessus
- Les courriers médicaux et comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus opératoires
- Les clichés radiologiques (radiographie, scanner, examen IRM...)
- Les Informations relatives aux soins infirmiers
- Autres, à préciser :

IV- MODALITES DE COMMUNICATION

- Je souhaite consulter ce dossier dans le service de prise en charge concerné , en présence du médecin du service sur RDV** (dans la limite des documents auxquels j'ai droit, copies possibles à l'issue)
 Nb : aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier recommandé avec accusé de réception et facture

- Je souhaite consulter ce dossier au service « accès dossier » du CHRU sur RDV** (dans la limite des documents auxquels j'ai droit, copies possibles à l'issue)

Nota Bene : aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier recommandé avec accusé de réception et facture

- Je souhaite les copies du dossier médical sous la forme suivante :**
 - Remise des copies en mains propres au service « accès dossier » du CHRU de Nancy
 - A moi-même sur présentation de ma pièce d'identité
 - A la personne désignée ci-dessous :

J'autorise : Madame Monsieur

Nom..... Prénom.....

Date de naissance :

Adresse.....

Téléphone.....

à retirer en mon nom, les copies du dossier concerné, au service « accès dossier » du CHRU de Nancy, sur rdv (cette personne devra produire sa carte d'identité).

Signature du demandeur

Signature de la personne désignée

Envoi des copies des informations demandées par voie postale en recommandé AR

à mon adresse postale (complétée ci-dessus)

au médecin que j'ai désigné : (précisez les coordonnées) :

Dr

Adresse

Nota Bene : si les pièces ne sont pas retirées dans notre service dans un délai d'un mois après notre appel, elles seront envoyées à votre adresse et facturées

V – ATTESTATION

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.

DATE : / /

SIGNATURE DEMANDEUR

Document à adresser et signé complété avec les copies des documents obligatoires à l'adresse suivante :

**CHRU de Nancy
Service Accès Dossier – Hôpitaux de Brabois
S A M A D
Rue du Morvan
54500 VANDOEUVRE LES NANCY**

IMPORTANT :

Le présent formulaire est établi conformément aux dispositions des articles L 1111-2, L 1111-7, L 1112-1, R 1111-1 et R 1111-8 du Code de santé Publique qui régissent l'accès aux informations contenues dans le dossier médical des patients mineurs et des patients majeurs placés sous régime de protection juridique.

A cet égard, il est rappelé qu'en vertu :

-de l'article R 1111-6 du CSP, le mineur peut s'opposer à ce que les éléments de son dossier médical relatif à une action de prévention, un dépistage, un diagnostic, un traitement ou une intervention dont il fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L. 1111-5 et L 1111-5-1 du CSP s'il souhaite que le secret soit gardé à ce sujet.

- de l'article L 1111-7 du CSP, la communication des informations demandées doit être obtenue au plus tard dans les 8 jours de sa réception lorsqu'elles datent de moins de 5 ans , et au plus tard dans les 2 mois dans les autres cas.

Vous êtes informé (e) que les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent formulaire font l'objet d'un traitement à destination des seuls personnels de l'établissement afin de faciliter le suivi et traçabilité des demandes « d'accès dossier ».

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction Générale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de NANCY- 29 avenue de Lattre de Tassigny, 54000 NANCY.