



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(s) :

NOM de naissance :

Né(e) le :

À :

Département Pays.....

Adresse personnelle :

.....

Téléphone :

E- mail :

DEMANDE COMMUNICATION DE MON DOSSIER MEDICAL :

Je joins à ma demande un des justificatifs d'identité suivants: en cours de validité (obligatoire)

☐ Copie **recto-verso** de ma carte nationale d'identité

☐ Copie de mon passeport

☐ Copie de mon permis de conduire

Sans copie d'une copie d'un document justificatif de l'identité, aucune demande ne pourra être traitée.

II - RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE

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

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

- Je demande communication des documents médicaux suivants :

- ☐ L'intégralité de mon dossier médical correspondant au(x) séjour(s) précisé(s) ci-dessus
- ☐ Les Courriers médicaux et comptes rendus d'hospitalisation et comptes rendus opératoires
- ☐ Les clichés radiologiques (radio, scanner, irm)
- ☐ Les Informations relatives aux soins infirmiers
- ☐ Autres, à préciser :

III – MODALITES DE COMMUNICATION

- ☐ **Je souhaite consulter mon dossier dans le service de ma prise en charge, 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 mon dossier au service « accès dossier » du CHRU, 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 les copies de mon 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

IV – 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 complété et signé 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 1111-7, L 1112-1, R 1111-1 et R 1111-8 du Code de santé Publique qui régissent l'accès par le patient aux informations contenues dans son dossier médical.

A cet égard, il est notamment rappelé qu'en vertu de l'article L 1111-7 du code de santé publique :

- toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues à quelque titre que ce soit, par des professionnels et des établissements de santé, à l'exception toutefois des informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.
- 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.