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 - Hôpital Saint Julien
1 rue Foller - 54035 NANCY Cedex

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 ☐

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 ☐

2- En cas de demande de dossier médical d'une personne majeure sous régime de protection juridique

a. Justificatifs d'identité suivants (obligatoire) POUR LE PATIENT ET LE MANDATAIRE : *en cours de validité*

☐ Copie **recto-verso** de la carte nationale d'identité **ou** ☐ Copie du passeport

☐ Copie de mon permis de conduire

ET

b. copie de l'ordonnance du juge des tutelles :

c. Mandat exprès écrit du patient ne devant pas être représentés pour tous les actes de la vie courante (selon le modèle de mandat suivant) : ☐

MANDAT

Je soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom…… Prénom……..

Date de naissance :……..

Adresse……

Téléphone……

joindre copie pièce justificative d'identité (mandant)

Reconnaît avoir autorisé ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom…… Prénom……..

Date de naissance :……..

Adresse……

Téléphone……

A formuler en mon nom une copie de mon dossier patient ☐
Et/OU ☐ **A se voir remettre la copie de mon dossier patient** ☐

Fait à : **Le :**

Signature du demandeur (mandant) Signature de la personne désignée (mandataire)

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)					

- **<u>Je demande la copie des documents médicaux suivants</u> :**

☐ **L'intégralité du dossier médical correspondant aux séjour(s) précité) 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 avce les copies des documents obligatoires à l'adresse suivante :

CHRU de Nancy
Service Accès Dossier
Hôpital Saint Julien – CHRU de Nancy
1 rue Foller
54035 NANCY Cedex

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 1111-5-1du 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.