Fondation HOPALE

Madame, Monsieur

N/Réf. :

<u>Objet</u> : Votre demande de dossier médical

Fait à Berck, le

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, par laquelle vous sollicitez l'envoi de votre dossier patient, conformément aux dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique, vous pouvez obtenir communication des informations demandées par l'envoi de copies des documents ou en venant consulter sur place votre dossier.

Vous avez la possibilité de vous faire accompagner d'un médecin lors de la lecture de votre dossier si vous souhaitez le consulter sur place. Vous pouvez également vous faire accompagner d'une tierce personne de votre choix.

<u>A titre informatif</u>, les comptes rendus d'hospitalisation suffisent généralement à répondre à vos questions. Pour les patients hospitalisés actuellement dans un service, les copies seront réalisées jusqu'à la date de votre demande. Si vous souhaitez par la suite les documents postérieurs, une nouvelle demande de copie sera nécessaire.

Pour les personnes souhaitant récupérer leur copie par la voie dématérialisée, une notice explicative pourra vous être fourni au préalable, si besoin.

Pour confirmer votre demande, nous vous demandons de bien vouloir nous adresser :
- le formulaire ci-joint dûment complété, daté et signé,
- un justificatif d'identité (copie de carte d'identité ou passeport, …),
- justificatif supplémentaire demandé pour les formulaires par un tiers (voir formulaire).

A compter de la réception des pièces justificatives, vous disposez d'un délai de rétractation de 48h (jours ouvrés). Ensuite, le Département de l'Information Médicale dispose de 8 jours pour réaliser les duplicatas datant de moins de cinq ans et de deux mois pour les documents antérieurs.

Dans l'attente, veuillez agréer Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Benoît DOLLE
Directeur Général

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER MEDICAL

Afin de permettre le traitement de votre demande, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le transmettre à :

FONDATION HOPALE
Monsieur le Directeur Général
rue du Docteur Calot - 62608 BERCK SUR MER CEDEX

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone fixe : Portable :

Email :

Adresse :

Code postal : Ville :

IDENTITE DU PATIENT (pour les demandes par un tiers) :

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Informations relatives à l'hospitalisation :

Etablissement :

Service :

Date du/des séjour(s) :

Médecin(s) concerné(s) :

A REMPLIR UNIQUEMENT SI VOTRE DEMANDE CONCERNE UNE TIERCE PERSONNE

Dans les options suivantes, veuillez préciser votre situation par rapport à la personne concernée par le dossier et fournir les justificatifs nécessaires :

☐ **VOUS ETES UN AYANT DROIT D'UN PATIENT DECEDE, SON CONCUBIN OU LIE PAR UN PACS**

La loi du 4 mars 2002 règlemente de façon stricte, au sein du code de la santé publique, l'accès des ayants droit au dossier du patient décédé.

Article L.1110-4 : « … *Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.*»

Préciser votre lien avec le défunt : .....

Préciser le motif de votre demande parmi les trois possibilités :

☐ Connaître la cause du décès ☐ défendre la mémoire du défunt ☐ faire valoir vos droits

Pour les deux derniers objectifs, veuillez préciser votre demande (seuls les éléments du dossier médical qui répondent à cet objectif pourront vous être transmis) :

.....

.....

.....

Justificatifs à fournir : copie recto-verso d'une pièce d'identité et du livret de famille, ou le cas échéant attestation de votre qualité de successeur légal du défunt (certificat d'hérédité ou acte de notoriété).

☐ **VOUS ETES LE TUTEUR DU PATIENT**

Justificatifs à fournir : copie recto-verso d'une pièce d'identité et copie de l'ordonnance du juge des tutelles ou du livret de famille

☐ **VOUS ETES MANDATE PAR LE PATIENT OU UN JUGE**

Justificatifs à fournir : copie recto-verso d'une pièce d'identité et copie du mandat du juge.

Nature de la demande :

- ☐ Visite d'entrée
- ☐ Visite de service
- ☐ Compte-rendu d'hospitalisation
- ☐ Courrier médical échangé pendant l'hospitalisation
- ☐ Compte-rendu opératoire
- ☐ Courrier de consultation
- ☐ Compte-rendu d'imagerie médicale (hors radiographie)
- ☐ Clichés d'imagerie médicale (format papier avant 2015 / format CD après 2015) **pour les établissements Berckois**

Autre document :

Motif de la demande *(afin de faciliter le traitement de votre demande - facultatif)* :

Modalités de communication que vous souhaitez (un seul choix possible) :

1. **Envoi dématérialisé :**

☐ Par mail (via messagerie sécurisée BlueFiles)

2. **Envoi postal de copies :**

☐ A votre domicile

☐ Chez le médecin que vous avez désigné
Veuillez préciser son nom et ses coordonnées :

3. **Retrait sur place (vous serez contacté)** ☐

4. **Consultation sur place** ☐

En cas de consultation sur place, souhaitez-vous un accompagnement médical : OUI ☐ *NON* ☐
Vous avez également la possibilité de vous faire accompagner d'une tierce personne de votre choix pour la consultation de votre dossier patient.

Rappel :

Les informations auxquelles vous accédez sont strictement personnelles et pourraient être utilisées par des tiers à vos dépends (famille, entourage, employeur, banquier, assureur…). Nous vous conseillons donc d'éviter toute diffusion des dites pièces.

Concernant l'échéance de réalisation des copies demandées, nous vous rappelons que vous disposez d'un délai légal de rétraction de 48 heures (jours ouvrés) à la réception de l'intégralité de vos pièces justificatives. Après celui-ci, le Département de l'Information Médicale dispose de 8 jours pour effectuer les duplicatas datant de moins de cinq ans et de deux mois pour ceux antérieurs.

Date : Signature :