****

**DEMANDE D’ACCES A MON DOSSIER MEDICAL**

*Imprimé à retourner rempli et signé au*

***CHU de SAINT-ETIENNE - DIRECTION DES USAGERS - Demande de dossier médical - 42 055 SAINT-ETIENNE Cedex 2***

***ou par mail :*** [***direction.usagers@chu-st-etienne.fr***](mailto:direction.usagers@chu-st-etienne.fr)

**Merci d’accompagner votre demande d’une copie de votre pièce d’identité**

**Identité et coordonnées du demandeur :**

Nom de naissance : ......................................................................... Nom d'usage : ..................................................................................

Prénom : .................................................................................

Date et lieu de naissance : ............/............/............ à ................................................................................................................

Numéro de téléphone : ............/............/............/............/............

Adresse : .....................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................

Email : .........................................................................................................................................................................................................

**Motif de la demande** *(voir au verso)* **:**

.....................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................

**Détail du/des séjour(s) concerné(s) par la demande :**

|  |  |
| --- | --- |
| Date(s) : | Service(s) concerné(s) : |
| Séjour du ........./........./.........au ........./........./......... | ........................................................................................................................... |
| Séjour du ........./........./.........au ........./........./......... | ........................................................................................................................... |
| Séjour du ........./........./.........au ........./........./......... | ........................................................................................................................... |

**Eléments du dossier médical souhaités** *(voir au verso)* **:**

* Pièces essentielles du dossier médical en fonction du motif de ma demande (**par défaut**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | OU | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| * Compte(s) rendu(s) : * d’hospitalisation * de consultation * opératoire(s) * Imagerie (radio, scanners, IRM…) (/!\ uniquement sur CD) * Dossier de soins (paramédical) | * Résultats biologiques * Dossier d’anesthésie * Autres documents, précisez : ……….…….………………………..…………   ………………………………………………………………………..……………………………..  ………………………………………………………………………..……………………………..  ………………………………………………………………………..…………………………….. |

**Modalités d’accès au dossier médical** *(voir au verso)* **:**

* **Consultation sur place** (gratuite) :
* Avec accompagnement médical (présence du médecin concerné ou de l’un de ses confrères)
* **Envoi à mon domicile** par lettre recommandée avec accusé de réception **(par défaut)**
* **Envoi au cabinet du médecin de mon choix**  par lettre recommandée avec accusé de réception :

Docteur ............................................................................................................................................................................................

Adresse : ..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................

* **Remise sur place à l’hôpital***(dossier à retirer dans chaque service concerné)* :
* À moi-même
* À une personne mandatée par mes soins **(la personne désignée devra disposer d’une procuration justifiée et signée et présenter une pièce d’identité)**.

Nom : …………………………………………………………..……….... Prénom : …………………………………………………………..………………….

**Par la présente, je sollicite la communication de mon dossier médical, et m’engage à payer, le cas échéant, les frais en découlant.**

**Date** : ............/............/............ **Signature** :

|  |
| --- |
| **Délai d’accès au dossier médical** *(Articles L1111-7 et R1111-1 du Code de la santé publique)* :   * Pour les informations médicales datant de moins de cinq ans : le délai est de huit jours à compter de la réception de votre demande complète et au plus tôt après le délai légal de réflexion de quarante-huit heures.   Cependant, dans la mesure où ce délai est relativement court, nous attirons votre attention sur le fait qu’il ne nous est pas toujours possible de le respecter. Nous vous invitons donc à prendre en compte ce point lors de vos demandes. **En cas d’urgence, n’hésitez pas à l’indiquer clairement sur vos demandes en précisant de façon détaillée le motif.**   * Pour les dossiers datant de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie, le délai est porté à deux mois.   **Délai de conservation du dossier médical** *(Article R1112-7 du Code de la santé publique)* :  Le dossier médical est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe. Lorsqu'en application des dispositions qui précèdent, la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date. |

|  |
| --- |
| **La communication de la première copie du dossier médical est gratuite.**  **Cependant la deuxième communication de la copie du dossier médical est payante et reste à votre charge.**   * Les frais de copie sont au tarif de 0.21€ la photocopie, de 3.15€ le CD d’imagerie, de 3.67€ le contretype de radiologie et de 3.43€ le DVD d’imagerie. * Les frais d’envoi postaux sont au tarif de 10.55€ (envoi en recommandé avec accusé de réception).   **Afin d’assurer le respect du principe de confidentialité, la transmission des éléments médicaux ne peut avoir lieu par mail ou fax.** |

|  |
| --- |
| **Motif de la demande :**  Nous attirons votre attention sur le fait qu’il nous sera plus facile d’honorer votre demande dans un bref délai, si vous précisez immédiatement le motif de votre demande. En effet, il est plus aisé de rassembler une partie du dossier médical correspondant à une hospitalisation particulière ou des pièces particulières, que l’ensemble du dossier.  **Le service pourra plus facilement cibler les pièces utiles à votre demande tout en limitant la copie de nombreux documents inutiles.** |

|  |
| --- |
| **Eléments du dossier médical :**  Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Du fait du grand nombre de pièces qui le compose, nous vous conseillons de demander la communication des seules pièces essentielles du dossier, trié par un médecin ou de certaines pièces uniquement, en fonction du motif de votre demande. La possession de toutes les pièces est, en effet, rarement nécessaire. Il convient donc de choisir les pièces souhaitées en fonction du motif de la demande.  A titre d’information, le dossier médical est composé des pièces suivantes *(Article R1112-2 du Code de la santé publique)* :   * Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment : * La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ; * Les motifs d'hospitalisation ; * La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ; * Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ; * Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ; * La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ; * Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ; * Les informations sur la démarche médicale ; * Le dossier d'anesthésie ; * Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ; * Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme ; * La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel ; * Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ; * Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ; * Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ; * Les correspondances échangées entre professionnels de santé. * Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment : * Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ; * La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ; * Les modalités de sortie ; * La fiche de liaison infirmière. * Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers **(elles ne sont cependant pas communicables)**. |

|  |
| --- |
| **Modalité d’accès au dossier médical** :  En cas de consultation du dossier médical sur place, vous pouvez également être accompagné(e) d’une tierce personne de votre choix qui aura connaissance d’informations strictement personnelles sur votre santé et sera tenue de respecter la confidentialité des informations de santé communiquées, sauf à engager sa responsabilité pénale. |