

**Formulaire à adresser à la direction du : Centre Hospitalier Georges Claudinon**  
Rue Paul Langevin - BP. 59  
42501 LE CHAMBON FEUGEROLLES CEDEX

## DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL D'UN ADULTE PROTÉGÉ

**La personne majeure placée sous tutelle** qui souhaiterait accéder à son dossier médical ne peut effectuer la demande elle-même. Il appartient à **son tuteur** d'effectuer la demande de copie du dossier médical. Dans les **autres cas de protection (curatelle ou sauvegarde de justice)**, la personne majeure protégée peut effectuer elle-même la demande de communication du dossier médical.

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu du dossier médical d'un adulte protégé. Afin de pouvoir satisfaire votre demande, veuillez compléter ce formulaire et le retourner à la Direction du Centre Hospitalier Georges Claudinon.

*Informations relatives au demandeur (Joindre la photocopie de la pièce d'identité du demandeur) :*

Madame                       Monsieur                       Organisme de tutelle  
 Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
 Prénoms : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Téléphone : .....

*Informations relatives à l'adulte protégé (Joindre la photocopie de la pièce d'identité de l'adulte protégé ainsi que la photocopie du certificat de tutorat ou de la décision de justice) :*

Madame                       Monsieur  
 Prénoms : .....  
 Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Date de naissance : .....

*Pièces souhaitées contenues dans le dossier médical :*

- Comptes-rendus d'hospitalisation, et/ou de consultation
- Dossier infirmier
- Résultats d'examens
- Dossier radiologique réalisé dans l'établissement
- Correspondances échangées entre professionnels de santé
- Autres pièces, précisez lesquelles : .....

NB : les pièces communiquées au demandeur seront en lien avec le motif de la demande

*Période(s) et service(s) d'hospitalisation concernés par la demande de dossier :*

Séjour(s) d'hospitalisation	Service d'hospitalisation
Du : ..... au : .....	
Du : ..... au : .....	
Du : ..... au : .....	

**Mode de communication choisi pour la transmission des éléments du dossier :**

<input type="checkbox"/> Envoi de copies à votre adresse	Les frais de reproduction et d'envoi seront à votre charge.
<input type="checkbox"/> Envoi de copies au médecin de l'adulte protégé, précisez ses nom et adresse : ..... ..... .....	
<input type="checkbox"/> Remise de copies sur place (au Centre Hospitalier Georges Claudinon)	Les frais de reproduction seront à votre charge
<input type="checkbox"/> Consultation sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé)	Le secrétariat médical prendra contact avec vous afin de fixer un rendez-vous.

**Motif de la demande (facultatif, à préciser afin de faciliter la gestion de votre demande) :**

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

**Pour pouvoir donner suite à votre demande, il est impératif de joindre une copie (recto-verso) de votre carte nationale d'identité, ou de votre passeport. La signature de ce document vaut acceptation de la facturation des frais liés à la reproduction du dossier.**

A ....., Le .....

Signature du demandeur :

Le demandeur est informé :

- Que conformément à la loi du 4 mars 2002, son identité établie, l'établissement dispose d'un délai de 48 heures pour examiner sa demande ;
- Qu'ensuite l'hôpital doit répondre dans des délais compris entre 8 jours et 2 mois selon l'ancienneté du dossier (L.1111-7 du Code de la Santé Publique) ;
- Que les informations du dossier médical sont strictement personnelles. Un usage non maîtrisé par la révélation ou la diffusion de certaines de ces informations peuvent nuire à son titulaire ;
- Que les documents transmis seront des copies ;
- Que les frais de reproduction et d'envoi d'un dossier médical sont les suivants :

**FACTURATION DES FRAIS DE REPRODUCTION ET D'ENVOI DU DOSSIER MÉDICAL**

**TARIFS APPLICABLES AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2016**

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux divers droits des malades et à la qualité du système de santé et le décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé ont modifié la réglementation applicable au dossier médical.

**Ces tarifs sont transmis à titre informatif, n'envoyez pas d'argent avant réception de la facture**

Copie d'une page au format A4 ou équivalent en impression noir et blanc Attention 1 feuille recto-verso = 2 pages	0,20 € x nombre de pages (= nombre de copies) (une page de format A3 correspondant à 2 pages de format A4)
Copie de radiographie, IRM ou scanner (contretypé ou cédérom)	3,40 € par document ou support
Frais d'expédition	Tarif en vigueur appliqué par la Poste pour les courriers en recommandé R1 avec avis de réception.

**La consultation sur place des éléments du dossier médical est gratuite et peut être l'occasion d'un échange avec un médecin.**