

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT	Page 1 / 3
	DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL	Version : 007
	N° Réf : ADMIN-ENR-002	Date d'application : 19/09/2023

1. Identité du demandeur

Je soussigné(e) Mme M. (cocher la case correspondante)

Nom (en majuscules) : Prénom :

Nom de jeune fille : Né(e) le : / /

Adresse :

.....

Tél : E-mail :

2. Identité du patient

Je sollicite la communication des documents médicaux :

Concernant : (cocher la case correspondante)

mon dossier médical

pour le motif suivant (facultatif) :

le dossier médical de : *Sous réserve que le patient ne se soit pas opposé de son vivant à la communication de documents médicaux le concernant.*

Mme M.

Nom (en majuscules) : Prénom :

Né(e) le : / / Nom de jeune fille :

Décédé(e) le : / / *(si décès au CH de Mâcon ou dans l'un des EHPAD rattachés)*

En qualité de :

Représentant légal Détenteur de l'autorité parentale Tuteur

Pour une personne décédée : Ayant droit (héritiers légaux : conjoint survivant, enfants ; en leur absence, selon les règles de dévolution successorale, les parents du patient, les frères et sœurs.../héritiers testamentaires) ou concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS)

Pour le motif suivant : **(Merci de ne préciser qu'un seul motif)**

pour connaître les causes du décès

pour défendre la mémoire du défunt*.....

.....

.....

pour faire valoir un droit*

.....

.....

**Merci de motiver votre demande (sans justification, la demande ne pourra être traitée)*

3. Informations sur la période d'hospitalisation concernée par la demande (Date d'hospitalisation / Documents souhaités / Médecins concernés / Services concernés ...)

.....

.....

.....

4. Choix de la transmission des documents (cocher la case correspondante)

Envoi **simple** des photocopies à mon adresse indiquée dans la 1^{ère} partie

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT	Page 2 / 3
	DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL	Version : 007
	N° Réf : ADMIN-ENR-002	Date d'application : 19/09/2023

Envoi **en recommandé avec avis de réception** des photocopies à mon adresse indiquée dans la 1^{ère} partie

Envoi simple des photocopies au Docteur (nom, prénom, adresse) :

.....

Remise en main propre (je serai contacté(e) par téléphone lorsque les copies seront prêtes) :

au demandeur

à la personne désignée ci-dessous, une pièce d'identité lui sera réclamée :

Nom : Prénom :

Lien avec le demandeur :

Consultation sur place

Les dossiers sont conservés par l'hôpital pendant une durée de 20 ans (10 ans en cas de décès), selon la réglementation en vigueur. Il ne peut vous être remis que des copies des documents, pas les originaux. La communication sera effectuée dans les huit jours suivant votre demande pour les documents de moins de cinq ans. Ce délai ne peut excéder deux mois pour les documents plus anciens.

La copie et l'envoi donnent lieu à facturation.

5. Frais de reproduction du dossier médical

Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur selon les tarifs disponibles en annexe.

6. Ce document est à retourner au :

Centre Hospitalier de Mâcon
Monsieur le Directeur
350 Boulevard Louis Escande
71018 MACON CEDEX

En cas de difficulté, vous pouvez contacter le secrétariat des
Relations avec les Usagers au : 03-85-27-50-01
E-mail : relationusager@ch-macon.fr

7. Pièce(s) à fournir

- **Document (s) à retourner : dans tous les cas, copie de votre pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport, en cours de validité) à laquelle s'ajoute(nt) si la demande est :**

En qualité de responsable légal :

- copie du livret de famille (complet)
- copie d'une pièce d'identité au nom du patient (sauf mineur)

En qualité de tuteur :

- copie du jugement de tutelle (complet)
- copie d'une pièce d'identité au nom du patient

Pour une personne décédée : copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier de Mâcon, à laquelle s'ajoute(nt)

- Pour le conjoint ou enfant :
- copie du livret de famille (complet) ou extrait d'acte de naissance
- Pour les autres demandeurs :
- Acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de leur qualité d'ayant droit ou certificat d'hérédité (pour les communes qui les délivrent),
- Pour le partenaire d'un PACS : attestation de PACS ou copie de l'acte de naissance portant mention du PACS ou preuve de l'inscription du contrat PACS sur le registre tenu au greffe du tribunal judiciaire
- Pour le concubin : éléments prouvant la situation ; un certificat de vie commune ou de concubinage peut être produit ; il est établi par les mairies mais celles-ci ne sont pas obligées de le délivrer.

Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.

Date : **Signature précédée de « lu et approuvé » :**

Les documents seront transmis lorsque la demande sera complète. Toute demande incomplète retarde son traitement.

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT	Page 3 / 3
	DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL	Version : 007
	N° Réf : ADMIN-ENR-002	Date d'application : 19/09/2023

ANNEXE TARIFAIRE : FRAIS DE REPRODUCTION DU DOSSIER

Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur :

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarif de la poste en vigueur
Frais d'envoi simple – Lettre verte	Tarif de la poste en vigueur
Prix unitaire de la photocopie A4 en recto / verso (si possible*)	0,18 €
Prix unitaire de la photocopie A3 en recto / verso (si possible*)	0,36 €
Reproduction d'imagerie sur CD-Rom	2,75 €

**Le nombre de feuille transmise sera dépendant de l'architecture du dossier patient informatisé.*

Une facture à régler au Trésor Public vous sera adressée.