Centre Hospitalier
Loire Vendée Océan

INFORMATIONS

⇨ Les informations contenues dans votre dossier sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toute précaution afin d'en assurer le respect, notamment vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

⇨ Ne sont pas communiquées 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.

Objet :
Demande d'accès
au dossier médical

Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan
Direction des Relations usagers
B.P. 219
85302 CHALLANS Cedex

En application des articles L.1110-4, L.1111.7 et L.1112.1 du Code de la santé publique,

Je soussigné(e),

☐ Madame ☐ Monsieur Date de naissance

Prénoms : .....

Nom :..... Nom de jeune fille .....

Adresse.....

CP et ville : .....

Téléphone

Adresse mail : .....

Qualité du demandeur

Patient

Pièces à fournir :

- la copie d'une pièce d'identité (carte d'identité nationale recto-verso ou passeport)

Ayant droit de [1] :

Prénoms : .....

Nom :..... Nom de jeune fille .....

Adresse.....

Date de naissance Date du décès

☐ Tutelle (aux biens, à la personne, …) Précision .....

Veuillez préciser le motif ou les circonstances qui vous conduisent à invoquer cette raison [2] : *(obligatoire)*

☐ connaître les causes de la mort (précision obligatoire).....
☐ défendre la volonté du défunt (précision obligatoire) .....
☐ faire valoir mes droits (précision obligatoire) .....

.....

Pièces à fournir :

- la copie d'une pièce d'identité (carte d'identité nationale recto-verso ou passeport du demandeur)
- la copie du livret de famille (du patient décédé)
- les pièces justificatives liées au motif de votre demande : copie de l'acte notarié ou attestation dévolutive de la Succession.

[1] Personne qui se substitue à une autre pour l'exercice d'un droit qu'elle tient de cette dernière (exemple : un héritier est l'ayant droit du défunt).
[2] Article L.1110-4 du Code de la santé publique : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, 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. »

Représentant légal de

Prénoms ..... Nom .....

Adresse .....

Date de naissance

Pièces à fournir :

Si vous êtes le détenteur de l'autorité parentale dans le cas d'enfants mineurs à la date de la demande

- la copie d'une pièce d'identité (carte d'identité nationale recto-verso ou passeport) (du patient et du demandeur)
- la copie du livret de famille
- la copie du jugement précisant le détenteur de l'autorité parentale en cas de séparation ou de divorce

Si vous êtes le tuteur dans le cas de personnes majeures placées sous tutelle

- la copie d'une pièce d'identité (carte d'identité nationale recto-verso ou passeport) (du patient et du demandeur)
- la copie du jugement de mise sous tutelle désignant le tuteur

Le médecin expressément désigné par l'intéressé comme l'intermédiaire

Pièces à fournir :

- un courrier du patient nous autorisant à vous transmettre les données médicales demandées

Mode d'accès au dossier médical

Sur place (uniquement sur rendez-vous - tel : 02.51.49.63.10 - mail : relations.usagers@ch-lvo.fr)

☐ Je souhaite consulter le dossier sur place

☐ Je viendrai chercher les copies des éléments de mon dossier.

☐ Je souhaite qu'un médecin soit présent afin de répondre à mes questions

Expédition du dossier :

☐ Je demande que les copies papiers me soient transmises par courrier

☐ Je demande que les copies papiers soient transmises à un médecin (indiquer les coordonnées ci-dessous)

Prénoms ..... Nom .....

Adresse .....

☐ Je demande que les copies numérisées me soient transmises par voie électronique sécurisée (email obligatoire)

☐ Je demande que les copies numérisées soient transmises par voie électronique sécurisée à un médecin (mail obligatoire)

Prénoms ..... Nom .....

Adresse mail :.....

Reproduction des pièces du dossier médical

- ***Les copies et reproductions d'imagerie ne vous sont pas facturées (hors demandes infondées ou excessives, notamment en raison du caractère répétitif)***
- ***Les frais d'envoi en lettre recommandée avec accusé de réception vous sont facturés***
- ***Frais d'envoi non facturé pour les envois par voie électronique***

Je demande la communication des éléments suivants du dossier médical :

☐ compte-rendu opératoire
☐ compte-rendu d'hospitalisation
☐ compte-rendu de radiographies
☐ autres (précisez) : .....
☐ compte-rendu d' examens complémentaires
☐ correspondances entre médecins
☐ cliché de radiographies
☐ certificats

Ces éléments correspondent à :

☐ Consultation : Service : .....

Praticien : ..... Date :.....

☐ Hospitalisation : Service : .....

Praticien : ..... Date :.....

☐ Autre (précisez) : .....

Fait à ..... **Le** ..... **Signature**