

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Décret n° 2002 – 637 du 29 avril 2002

Date de mise en ligne : **04/2024**
Version : H
Champ d'application : Tous les services

1 IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom Prénom Statut du demandeur Patient Autre :

Date de naissance Numéro de téléphone Email

Adresse

2 IDENTITE DU PATIENT (si différent du demandeur)

Nom Prénom Date de naissance

3 SERVICE(S) CONCERNE(S) (plusieurs choix possibles)

Intégralité du dossier : OUI NON Préciser :

<input type="checkbox"/> Gynécologie	<input type="checkbox"/> Urgences / UHCD / Surveillance continue	<input type="checkbox"/> Hospitalisation à domicile (HAD)
<input type="checkbox"/> Obstétrique	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Imagerie médicale
<input type="checkbox"/> Médecine cardiologique A (site de Langon)	<input type="checkbox"/> Court séjour gériatrique	<input type="checkbox"/> EHPAD Langon
<input type="checkbox"/> Médecine polyvalente B (site de Langon)	<input type="checkbox"/> Soins de Suite et de Réadaptation	<input type="checkbox"/> EHPAD La Réole
<input type="checkbox"/> Médecine polyvalente C (site de La Réole)	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> CEAP (La Réole)
<input type="checkbox"/> MAS (La Réole)	<input type="checkbox"/> FAM (La Réole)	

5 MODE DE CONSULTATION

Envoi au domicile
 Remise en mains propres
 Consultation sur place. Dans ce cas, souhaitez-vous la présence du :
 Praticien du service Médecin traitant Médecin conciliateur de l'établissement

6 MOTIF DU REFUS DE CONSULTATION (réservé à l'établissement)

Date : ____/____/____

Signature du demandeur : _____

Réservé à l'établissement :

Dossier médical validé par :

Nom du médecin : _____

Date : _____ : _____ : _____

Frais dossier médical (si 2^{ème} demande)

Copie dossier médical [] [] [] [] € Frais d'envoi [] [] [] [] € **TOTAL :** [] [] [] [] €

Dossier remis en mains propres

Le :

Signature :

NOTICE DE REMPLISSAGE

- 1) Préciser la qualité du demandeur, c'est indiquer si la demande de consultation provient :
 - d'un **ayant-droit**,
 - de la **personne ayant l'autorité parentale** pour un mineur ou un majeur protégé,
 - du **médecin désigné** pour une des personnes mentionnées ci-dessus.

➔ L'adresse est à préciser de manière complète afin que le Centre Hospitalier Sud Gironde puisse adresser les copies des documents à la charge du demandeur (photocopies, émission de la facture et frais d'envoi si besoin).

➔ **Le demandeur devra justifier de son identité par un document (carte d'identité, livret de famille, permis de conduire ou toute autre pièce, certificat d'hérédité).**
- 2) L'identité du patient est celle qui figure sur le dossier médical.
- 3) Pour aider à la consultation de ces informations, le centre hospitalier Sud-Gironde a désigné un praticien à cet effet. Le demandeur a le choix de se faire accompagner par ce praticien, par un médecin du service ou par son médecin traitant.
- 4) La copie coûte 0.18 € la feuille. Si le demandeur souhaite l'envoi au domicile, les frais d'envoi en recommandé sont à sa charge.
- 5) Conformément à l'arrêt du 26/10/2023 de la Cour de justice de l'Union européenne, aucun frais de reprographie n'est appliqué lors de la première demande de copie du dossier médical d'un patient ou d'un résident.

Pour les demandes de copies supplémentaires du dossier médical, l'arrêté du 1^{er} octobre 2001 définit les conditions financières des frais de reproduction, y compris le support informatique le cas échéant.

Le texte prévoit un cout de 0.18 euros par feuille de format A4 en impression noir et blanc.

La délivrance des images radio ou autre sera sur un CD Rom dont le coût s'élève à 2,75 € par unité.

Auquel s'ajoute le coût pour les films radiographiques dont il s'élève à 1€ par unité.

Les frais d'envoi en recommandé sont à la charge du demandeur du dossier médical et le tarif diffère selon le poids du dossier.