

INFORMATIONS RELATIVES A LA COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL

Pour effectuer votre demande de dossier médical, merci de bien vouloir nous retourner le formulaire au verso, **complété et signé**, soit par courrier à l'adresse suivante : **Service Qualité, Centre Hospitalier St Joseph St Luc, 20 quai Claude Bernard, 69365 LYON CEDEX 07**

Soit par mail : dossierpatient@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr

Toute demande de dossier doit impérativement être accompagnée des pièces justificatives nécessaires au traitement de celle-ci, à savoir :

Le demandeur est :	Pièce(s) justificative(s) obligatoire(s) :
Patient (majeur)	- Copie de votre pièce d'identité (carte d'identité ou passeport)
Ayant-droit (successeur légal du défunt en cas de décès du patient : héritier, conjoint, légataire universel)	- Copie de votre pièce d'identité - Copie d'un document légal prouvant votre qualité d'ayant-droit (acte notarié, certificat d'hérédité, livret de famille) - Copie de l'acte de décès
Tuteur	- Copie de votre pièce d'identité - Copie du jugement de mise sous tutelle
Représentant légal (pour un patient mineur)	- Copie de votre pièce d'identité - Copie du livret de famille
Personne mandatée par le patient	- Copie de votre pièce d'identité - Copie de la pièce d'identité du patient - Procuration vous autorisant à effectuer les démarches / récupérer les copies

Conformément à l'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique, **seules sont communiquées aux ayants-droit les informations nécessaires pour répondre à l'objet de leur demande. Ces dispositions n'instaurent donc qu'un droit d'accès limitées à celles-ci, et non à l'entier dossier médical.** Il appartient à l'équipe médicale d'apprécier si un élément du dossier se rattache à l'objectif invoqué. Cette demande est recevable uniquement pour :

- connaître les causes du décès,
- défendre la mémoire du défunt
- faire valoir vos propres droits

NB : les informations contenues dans le dossier médical d'un patient sont **strictement personnelles et confidentielles**. Toute tentative pour essayer d'obtenir des informations en dehors des cas mentionnés ci-dessus vous expose à des poursuites (un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende).

Par ailleurs, le dossier peut contenir des informations concernant des tiers, ou recueillies auprès de ceux-ci. Selon la loi, ces informations ne sont en aucun cas communicables.

Enfin, nous vous informons que le secret professionnel interdit à tout médecin de communiquer un quelconque renseignement à un assureur ou un médecin d'assurance. L'interdiction concerne également l'envoi direct d'un certificat ou d'un extrait de dossier portant sur l'état de santé de l'assuré.

Modalités de réception / consultation :

Vous avez la possibilité de demander :

- Que les copies de votre dossier vous soient envoyées à domicile (avec accusé de réception et frais d'envoi à votre charge)
- Qu'elles soient adressées au médecin de votre choix (ces copies vous seront facturées)
- A consulter votre dossier sur place, en présence d'un médecin et sur rendez-vous

Délais de transmission :

Le délai de transmission des copies de votre dossier médical est de **8 jours ouvrés pour les dossiers datant de moins de cinq ans (60 jours pour les plus anciens)** et ne courra qu'à compter de la date de réception complète des éléments requis.

Tarifs forfaitaires des copies :

Nombre de pages	Prix de l'AR	Prix des pages en recommandé	Prix des pages avec remise en main propre ou par envoi dématérialisé
<3	4,55 €	0.19 € TTC par page A partir de la 1 ^è page	0.19€ TTC par page A partir de 30 pages A partir de 15 pages si transmission de CD
<10	5,18 €		
<20	5,85 €		
<50	7,14 €		
<100	8,38 €		
<200	9,63 €		
<400	11,39 €		
CD-ROM	3 € TTC par CD-ROM (+ prix du recommandé le cas échéant)		

IDENTITE DU PATIENT ou DE LA PATIENTE

Nom et prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Si concerné, date du décès :

IDENTITE DU DEMANDEUR Patient(e) Tuteur(trice) Représentant légal (patient(e) mineur(e)) Ayant-droit pour patient(e) décédé(e) :**Motif de la demande (obligatoire) :**

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt (ex : réalisation d'un dossier de reconnaissance de maladie professionnelle, ...)
- Faire valoir vos propres droits (ex : succession, assurance vie...)

COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Si différente du patient ou de la patiente, indiquer :

Nom et Prénom :

N° de téléphone:

Adresse mail :

Adresse postale :

.....

Avez-vous activé votre compte « Mon Espace Santé » ? Oui Non**MODALITES DE LA COMMUNICATION (Tarifs au recto)** Envoi via « Mon Espace Santé »

Veuillez indiquer votre n° INS :

 Consultation du dossier sur place sur rendez-vous en présence d'un médecin de l'hôpital Remise en main propre sur rendez-vous Envoi par mail sécurisé (à la discrétion du CH) Envoi postal à domicile ou au médecin de votre choix

Par courrier : à l'attention du service Qualité, Centre Hospitalier St Joseph St Luc, 20 quai Claude Bernard, 69365 LYON CEDEX 07

Ou par mail : dossierpatient@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr**RENSEIGNEMENTS UTILES POUR LA RECHERCHE DU DOSSIER**

Date ou période d'hospitalisation :

Service / spécialité :

Nom du médecin :

DOCUMENTS DEMANDES **Pièces essentielles** (cochez les cases correspondant à votre demande)

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu opératoire
- Compte-rendu de consultation
- Lettre au patient
- Lettre à correspondant (à médecin traitant, à spécialiste, ...)
- Avis spécialisés (psychologues (entretien patient), autre spécialité...)
- Certificats médicaux
- Imagerie, compte-rendu d'examens paracliniques (EFR, ECG, scan, IRM, écho)
- Examens biologiques (prise de sang, ...)
- Examens anatomopathologiques (biopsie, ...)
- Consentement éclairé signé du patient (scanné ou remis en main propre)
- Dossier de soins (transmissions infirmières, ...)
- Observations médicales
- Ordonnances

 Copie intégrale comprenant tous les éléments ci-dessus (**sauf ayant-droit** : limitation aux pièces répondant au motif de la demande) **Autre (préciser) :**

.....

Date :/...../.....

Signature :