



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX INFORMATIONS CONTENUES DANS LE DOSSIER MÉDICAL

Réf : **CH-GEST-DPA-F006**
Version : **01**

Date d'application :
20-02-2025

Page 3/3

**CE DOCUMENT NE PEUT ÊTRE REMIS UNIQUEMENT PAR
UNE PERSONNE EN RESPONSABILITÉ**

1. DEMANDEUR

Je soussigné(e) :

Nom : Non de jeune fille :

Prénom : Date de naissance : / /

N° de téléphone :

E-mail :

Adresse :
.....

Sollicite l'accès aux informations contenues dans le dossier médical concernant :

☐ Moi-même

☐ La personne dont je suis le représentant légal (parent ou tuteur)

☐ Le patient qui m'a désigné (si médecin)

☐ La personne décédée dont je suis ayant droit

2. RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'IDENTIFICATION DU DOSSIER DEMANDÉ

Nom du patient :

Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance : / /

Date(s) du/des séjour(s) hospitalier(s) concerné(s)	Nom du médecin hospitalier	Service hospitalier concerné
Du au		
Du au		
Du au		

Si vous demandez des informations concernant un(e) patient(e) décédé(e) dont vous êtes l'ayant droit : la réglementation prévoit que vous devez préciser le motif de votre demande :

☐ Connaître la/les cause(s) du décès

☐ Défendre la mémoire de la/du défunt(e)

☐ Faire valoir vos droits

Dans ce cas, nous vous informons que vous ne pourrez accéder aux informations que si la personne ne s'est pas opposée de son vivant à cette communication d'informations.

Dans tous les cas : Veuillez fournir les pièces mentionnées dans le document d'information joint à ce formulaire, afin de justifier de votre identité et de votre habilitation à accéder aux informations médicales confidentielles.

3. MODALITÉS DE CONSULTATION DU DOSSIER

3.1 Première possibilité

- Vous souhaitez consulter le dossier médical sur place, au Centre Hospitalier de Privas :

Oui ☐

Non ☐

Merci d'indiquer la tranche horaire où nous pourrions vous joindre :
afin que nous puissions convenir conjointement d'une date de rendez-vous.

- Vous souhaitez consulter le dossier médical en présence du médecin hospitalier qui a pris en charge le séjour concerné (ou le dernier séjour, si votre demande en concerne plusieurs) :

Oui ☐

Non ☐

Celui-ci vous communiquera les informations désirées, avec la remise des copies souhaitées. Il peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation, mais il vous appartiendra lors de la prise de rendez-vous d'accepter ou de refuser cette recommandation.

- Vous souhaitez avoir à faire à un autre médecin que celui qui vous a pris en charge : nous vous proposons de rencontrer le médiateur médical de l'établissement :

Oui ☐

Non ☐

3.2 Deuxième possibilité

- Vous souhaitez que les documents soient adressés à un médecin de votre choix :

Oui ☐

Non ☐

Merci d'indiquer ci-dessous ses coordonnées complètes :

.....
.....

- Ou vous souhaitez que les documents vous soient personnellement adressés :

Oui ☐

Non ☐

Si oui :

☐ Par la poste en recommandé avec accusé de réception.

☐ À venir chercher sur place au secrétariat de Direction du CH.

Liste des documents proposés (s'ils existent au dossier)	Cochez les documents dont vous souhaitez copie	Zone réservée au CH (Doc remis)
Compte-rendu d'hospitalisation et/ou lettre de sortie		
Certificat initial de constatation de blessures		
Compte-rendu opératoire		
Compte-rendu de l'examen radiographique		
Clichés radiologiques		
Compte-rendu d'examen spécialisé		
Autres documents souhaités (précisez)		

Date de la demande :

..... / /

Signature du demandeur :

Attention ! Nous vous informons que la transmission de données médicales personnelles à un tiers peut entraîner des dommages et appelle donc une vigilance toute particulière de votre part.

Partie réservé au CH.

Dossier consulté sur place le : / /

Nom et signature du médecin :