



GRUPE vyv

Établissement de santé pour adolescents CHANAY

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT

	Si le demandeur n'est pas le patient
Nom du patient : _____	Nom du demandeur : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____ _____	Adresse _____ _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Mail personnel : _____	Mail : _____
Adresse mail MSsanté : _____	

Date et signature du demandeur :

Dates du ou des séjour(s) concerné(s) par la demande :

QUALITE DU DEMANDEUR

- ☐ **Patient** : joindre la photocopie recto verso de votre carte d'identité
- ☐ **Titulaire de l'autorité parentale** (patient mineur) : joindre la photocopie recto verso de votre carte d'identité et la photocopie de votre livret de famille.
- ☐ **Tuteur** (patient sous tutelle) : joindre la photocopie recto verso de votre carte d'identité, et la copie de la décision de placement sous tutelle.
- ☐ **Ayant droit d'un patient décédé** : dans ce cas, seuls trois motifs peuvent justifier votre demande (cochez le vôtre) :
 - ☐ Connaître les causes du décès
 - ☐ Défendre la mémoire du défunt
 - ☐ Faire valoir un droit

Joindre la photocopie recto verso de votre carte d'identité et la photocopie de votre livret de famille.

- ☐ **Mandataire** : joindre la photocopie recto verso de votre carte d'identité ainsi que l'acte vous donnant mandat pour obtenir communication d'information médicale
- ☐ **Médecin** : joindre la photocopie recto verso de votre carte d'identité ainsi que la photocopie de votre carte professionnelle et copie de l'accord de votre patient.

Dans tous les cas, nous vous rappelons le caractère strictement personnel des informations qui sont susceptibles de vous être communiquées ; les demandeurs autres que le patient lui-même sont pénalement tenus au respect du secret médical.

L'usage non maîtrisé de ce droit comporte des risques, notamment en cas de sollicitation de tiers ne disposant pas du droit de réclamer directement ces informations (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...)

MODALITES DE COMMUNICATION (plusieurs choix possibles) :

- CONSULTATION

- ☐ Vous souhaitez consulter le dossier médical sur place. Sachez que l'établissement propose un dispositif d'accompagnement médical, un médecin sera à votre disposition lors de la consultation de votre dossier afin de répondre à vos questions.
- ☐ Vous souhaitez la présence d'une tierce personne de votre connaissance : dans ce cas, sachez que cette dernière aura accès à des informations strictement personnelles sur votre santé.
- ☐ Vous souhaitez la présence d'une tierce personne extérieure à votre entourage : si vous souhaitez la présence d'un tiers autre qu'une de vos connaissances, une personne n'ayant pas de conflit vis-à-vis des informations concernant votre santé peut être désignée (personne issue du milieu associatif, assistante sociale, médecin autre que le détenteur des informations vous concernant).

- COPIES

- ☐ Vous souhaitez obtenir copie des pièces particulières du dossier. Si oui lesquelles :
 - ☐ « Fiches d'observations » quotidiennes, retraçant votre évolution, et remplies par les différents intervenants qui vous ont pris en charge tout au long du séjour (médecins, kinésithérapeutes, Infirmiers, diététicienne, APA, ...).
 - ☐ « Prescriptions médicamenteuses », quotidiennes, et administrées pendant toute la période du ou des séjour(s).
 - ☐ « Plannings hebdomadaires » des activités sur toute la période du séjour.
 - ☐ CR d'examen radio/labo/certificat, etc
 - ☐ Ordonnances de sortie.
 - ☐ Compte-rendu d'hospitalisation.
- ☐ Vous souhaitez obtenir copie de l'ensemble du dossier.

- ENVOI DES COPIES

- ☐ **Vous souhaitez que les copies soient envoyées par mail sur Mon espace santé (pour plus de sécurité). Renseigner l'adresse de messagerie sur la première page. Vous pouvez retrouver votre adresse mail dans la rubrique « Messagerie » sur Mon espace santé. Pour plus de renseignement : <https://www.ameli.fr/ain/laboratoire-danalyses-medicales/exercice-liberal/dmp-et-mon-espace-sante/mon-espace-sante/mon-espace-sante-espace-numerique-patients>**
- ☐ Vous souhaitez que les copies soient envoyées à votre domicile.
- ☐ Vous souhaitez que les copies soient envoyées chez le médecin de votre choix :

Nom du médecin : _____ Adresse : _____
Telephone : _____

Sachez que la consultation sur place est gratuite ainsi que le premier envoi papier des éléments de votre dossier médical. Pour des envois supplémentaires, des frais de reproduction vous seront facturés 0.30 € par copie et les frais d'envoi en recommandé sont à votre charge.

Toute demande doit être adressée au Directeur de l'établissement