



DIRECTION GÉNÉRALE

Version octobre 2021

Éric DJAMAKORZIAN
Directeur des Hôpitaux du Léman
Courriel : communication-dossier-medical@ch-hopitauxduleman.fr

Dossier suivi par l'Unité des dossiers médicaux (UDM)
Poste : 04 50 83 28 47

Objet: Demande de dossier médical

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, et conformément aux dispositions de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, pourriez-vous compléter le formulaire ci-joint et nous le retourner par retour de mail (ci-dessus) ou par courrier aux

Hôpitaux du Léman
La Direction de la Qualité, gestion des risques et relations avec les usagers
3, Avenue de la Dame — CS 20526 - 74203 THONON LES BAINS

Nous vous invitons à retourner ce formulaire dans un délai de 30 jours. Au-delà de cette échéance, votre demande sera considérée comme caduque.

Je vous précise que seuls les patients, les représentants légaux (père, mère, tuteur) et les ayants droit de patients décédés sont habilités à demander la copie d'un dossier médical.

Dès réception du formulaire et des pièces justificatives demandées, nous ferons le nécessaire pour vous transmettre les éléments copiés.

La remise des copies du dossier médical se fait en un exemplaire et il appartient au destinataire de procéder par ses propres moyens aux copies supplémentaires dont il pourrait avoir besoin.

Les frais de copies sont à votre charge selon les tarifs indiqués ci-après. Aussi, nous vous encourageons à préciser dans le formulaire ci-joint les pièces du dossier que vous souhaitez consulter. Une facture détaillée vous sera adressée en accompagnement des éléments copiés.

Je reste bien entendu à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous adresse, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur
Éric DJAMAKORZIAN

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi de votre demande de dossier. Le destinataire des données est la Direction des Soins et de la Qualité des Hôpitaux du Léman. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à la Direction de la Qualité, gestion des risques et relations avec les usagers des Hôpitaux du Léman dont les coordonnées sont indiquées sur le présent document. Vous pouvez également pour des motifs légitimes vous opposer au traitement des données vous concernant.



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES

A retourner à :

Direction de la Qualité, gestion des risques et relations avec les usagers
Hôpitaux du Léman
3, avenue de la Dame
74200 Thonon-les-bains

Numéro
d'enregistrement

Article L. 1111-7 de la LOI N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents. »



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES

Numéro
d'enregistrement

A retourner à :

Direction de la Qualité, gestion des risques et relations avec les usagers
Hôpitaux du Léman
3, avenue de la Dame
74200 Thonon-les-bains

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE PATIENT

Nom de naissance _____ Nom d'usage: _____ Prénom: _____

Date de naissance: ____/____/____ Lieu de naissance: _____

Adresse actuelle: _____

N° de téléphone (domicile/portable): _____

Mail: _____

2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Qualité du demandeur : Patient Ayant droit (patient décédé) Titulaire de l'autorité parentale Tuteur

Si vous êtes ayant droit ou détenteur de l'autorité parentale, précisez votre identité :

Nom-Prénom : _____

Adresse: _____

Lien de parenté: _____ N° de téléphone: _____

Mail: _____

Attention, les ayant droits doivent impérativement motiver leur demande et en indiquer le motif :

Connaître les causes de la mort Défendre la mémoire du défunt Faire valoir vos propres droits

3. COPIE DES JUSTIFICATIFS À FOURNIR POUR POUVOIR ACCÉDER AUX INFORMATIONS

PATIENT	<ul style="list-style-type: none">➤ Pièce d'identité (carte d'identité nationale recto-verso ou passeport en cours de validité ou permis de conduire)
TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE	<ul style="list-style-type: none">➤ Pièce d'identité➤ Parents mariés: livret de famille➤ Parents divorcés ou séparés de corps: ordonnance, jugement ou arrêt rendu attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale
TUTEUR/CURATEUR	<ul style="list-style-type: none">➤ Pièce d'identité➤ Jugement de tutelle ou de curatelle (à la personne)
AYANTS DROIT (CONJOINTS MARIÉS, ENFANTS PUIS ORDRE SUCCESSORAL)	<ul style="list-style-type: none">➤ Pièce d'identité➤ Livret de famille ou acte/certificat de notoriété obtenu auprès d'un notaire ou de l'état civil➤ Acte de décès
AYANTS DROIT (CONCUBINS/PACSÉS)	<ul style="list-style-type: none">➤ Pièce d'identité➤ Certificat de concubinage ou de bail commun ou de convention PACS➤ Acte de naissance ou certificat de décès



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES

Numéro
d'enregistrement

A retourner à :

Direction de la Qualité, gestion des risques et relations avec les usagers
Hôpitaux du Léman
3, avenue de la Dame
74200 Thonon-les-bains

4. NATURE DE LA DEMANDE

1. Vous souhaitez obtenir les copies:

- De l'ensemble des séjours réalisés aux Hôpitaux du Léman
- D'un séjour en particulier (préciser le(s) service(s) de soins, le(s) médecin(s) vous ayant pris en charge, la date de prise en charge): _____

2. Pièces souhaitées:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation ou lettre de liaison | <input type="checkbox"/> Dossier infirmier et de soins |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu de consultation médicale | <input type="checkbox"/> Clichés d'imagerie |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire ou d'accouchement | <input type="checkbox"/> Résultats biologiques |
| <input type="checkbox"/> Dossier spécialisé (ex: anesthésie, transfusionnel) | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser): _____ |

3. Afin de répondre au mieux à votre démarche, merci de renseigner le motif de votre demande:

5. MODALITÉS DE COMMUNICATION

Vous souhaitez accéder aux informations médicales de votre dossiers par:

- Envoi postal à votre adresse
- OU**
- Récupération directe des éléments copiés aux Hôpitaux du Léman
- OU**
- Récupération des éléments copiés aux Hôpitaux du Léman par une tierce personne (pièce d'identité à présenter le jour du retrait) (nom-prénom): _____
- OU**
- Envoi au Docteur _____ à l'adresse suivante _____
ATTENTION lors d'un envoi au médecin, son autorisation est requise
- OU**
- Organisation d'une consultation sur place, avec, si vous le souhaitez, la personne de votre choix

6. FACTURATION

Conformément à l'article 1111-7 du Code de la santé publique, toute reproduction du dossier ou d'une partie du dossier vous sera facturée. Les coûts de reproduction:

- | | |
|--|--|
| - 0.20€ par copie A4 ou A3 en noir et blanc, | - 2.80€ par support CD (scanner, IRM,...), |
| - 0.50€ par copie A4 ou A3 en couleur, | - 4.20€ par reproduction de clichés radiologiques. |

A ceci, les frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception s'ajoutent selon les tarifs en vigueur.

7. SIGNATURE DU DEMANDEUR

Fait à _____ Le _____ / _____ / _____

Signature du demandeur avec mention "Lu et approuvé"

Cadre réservé aux
Hôpitaux du Léman

"Bon pour accord"
Transmission de la copie du dossier

Signature du ou des médecins ayant pris en charge le patient ou le médecin responsable de l'unité:

Recommandez-vous l'organisation d'une consultation sur place en présence d'un médecin?
 OUI, lequel?