



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: _____

Les données personnels collectées ne serviront qu'à répondre à votre demande. Elles seront détruites après le délai réglementaires de 5 ans.

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: _____

Les ayants droit doivent obligatoirement indiquer le motif et motiver leur demande:

Connaître les causes de la mort Défendre la mémoire du défunt(*) Faire valoir vos propres droits
(* Motif à préciser obligatoirement)

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	<p>Situation parentale : <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Séparés de corps</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Pièce d'identité du demandeur et patient➤ Parents mariés ou vie maritale : 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">➤ Pièces d'identité du patient et du tuteur ou curateur➤ Habilitation entre époux / habilitation familiale➤ Jugement de tutelle ou de curatelle (<u>à la personne</u>)
AYANTS DROIT	<ul style="list-style-type: none">➤ Pièce d'identité de l'ayant droit➤ Livret de famille ou acte/certificat de notoriété obtenu auprès d'un notaire ou de l'état civil (conjoints mariés, enfants puis ordre successoral; ayant droit testamentaire)➤ Certificat de concubinage ou de bail commun ou de convention PACS (concubins/pacsés)➤ Acte de décès (délivré par la mairie)
MANDATAIRE	<ul style="list-style-type: none">➤ Pièce d'identité du patient➤ Pièce d'identité du demandeur mandaté par le patient➤ Accord explicite du patient sur papier libre, daté, écrit et signé par lui, donnant mandat exprès à un tiers

4. NATURE DE LA DEMANDE

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

*Conformément aux dispositions du décret n°2021-1048 du 4 août 2021, en l'absence d'opposition formulée par l'Usager, un profil **Mon espace santé** est créé pour toutes personnes affiliées à un régime d'assurance maladie français.*



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. Vous souhaitez obtenir les copies :

- De l'ensemble des séjours réalisés aux Hôpitaux du Léman
- Uniquement 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 dossier par:

- Envoi postal à votre nom et adresse, en recommandé (frais du recommandé, de fabrication des CD ou reprographies des radios à votre charge)
- Remise en mains propres aux HDL – la demande de rdv sera convenue une fois votre demande finalisée
- Envoi sur la plateforme Mon espace santé (l'envoi d'imagerie CD n'est pas disponible via cette plateforme)
N° de sécurité sociale : _____

- Envoi sur la plateforme BlueFiles (l'envoi d'imagerie CD n'est pas disponible via cette plateforme)
- Récupération de votre dossier par une tierce personne :
Nom de naissance – Prénom de la tierce personne : _____
A fournir avec la demande : une procuration manuscrite
A fournir au moment de la remise du dossier : une pièce d'identité
- Transmission directement à un professionnel de santé - ATTENTION lors d'un envoi au médecin, son autorisation est requise :
Nom et adresse : _____
- Consultation sur place, avec le médecin vous ayant pris en charge :
Nom du médecin : _____

6. SIGNATURE DU DEMANDEUR

Le ____/____/____ à
Signature du demandeur précédé de la 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 par défaut du ou des chefs de service concerné :