

<b>HOPITAL LOCAL</b> 	<b>Bordereau documentaire</b>	<b>N° IDENTIFICATION :</b> <b>MPGE/DP/ENR/DDM/0</b>
	<b><u>D</u>emande de <u>D</u>ossier <u>M</u>édical</b>	<b>2</b>
		<b>VERSION : A</b>
		<b>DATE : 15/05/2013</b>
		<b>Page 1 sur 1</b>

## Vous demandez la communication de votre dossier médical

L'article L. 1111-7 du Code de la santé publique vous reconnaît un droit d'accès direct à votre dossier médical. Vous pouvez en prendre connaissance soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin.

Vous devez d'abord envoyer une lettre recommandée avec avis de réception au directeur de l'établissement de santé, en lui demandant soit de mettre votre dossier à disposition pour que vous ou le médecin de votre choix puissiez le consulter, soit d'en envoyer une copie (à vous ou à votre médecin).

L'accès à votre dossier doit vous être rendu possible au maximum dans les huit jours de votre demande et au plus tôt après un délai de réflexion de quarante-huit heures.

Si les informations médicales en cause ont plus de cinq ans, le délai est de deux mois.

Plus votre demande sera précise, plus elle sera facile à traiter, et vous obtiendrez une réponse plus rapidement.

À savoir : la consultation du dossier sur place est gratuite. Si vous faites délivrer des copies ou si la consultation ne se fait pas sur place, seuls les coûts de reproduction et d'expédition pourront vous être réclamés.

	<b>Rédaction</b>	<b>Vérification</b>	<b>Approbation</b>	<b>Visa</b>
<b>Noms</b>	A.Petit	M.Aussillous	Ph.Boudet	
<b>Date</b>	15/05/2013	15/05/2013	16/05/2013	
<b>Documents associés</b>	MPGE/DP/CDM/04			

<b>HOPITAL LOCAL</b> 	<b>Bordereau documentaire</b>	N° IDENTIFICATION : <b>MPGE/DP/ENR/DDM/0</b>
	<b><u>D</u>emande de <u>D</u>ossier <u>M</u>édical</b>	<b>2</b>
		VERSION : A
		DATE : 15/05/2013
		Page 2 sur 1

## FORMULAIRE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

### **Lettre recommandée avec avis de réception** **Joignez une pièce d'identité**

Monsieur le Directeur,

*Expliquez brièvement les informations qui vous intéressent, en indiquant vos noms, prénoms, date de naissance, service d'hospitalisation et dates du séjour.*

Conformément à l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique,

*(1<sup>er</sup> cas : si vous souhaitez consulter vous-même votre dossier) :*

Je vous prie de bien vouloir

(a) me permettre de consulter sur place mon dossier médical, (avec ou sans accompagnement médical)

(b) me transmettre une copie de mon dossier médical.

*(2<sup>e</sup> cas : si vous souhaitez en prendre connaissance par l'intermédiaire de votre médecin) :*

Je vous prie de bien vouloir

(a) permettre l'accès à mon dossier au médecin que je désigne à cet effet : Dr (*nom et adresse du cabinet*).

(b) transmettre une copie de mon dossier médical au médecin que je désigne à cet effet : Dr (*nom et adresse du cabinet*).

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

*Date et Signature*