

Formulaire à retourner rempli et signé par mail : gex.secretariat.medical@ch-paysdegex.fr

Ou par courrier recommandé avec accusé réception à l'adresse :

Madame la Directrice
Demande de dossier médical
Centre Hospitalier du Pays de Gex
160, rue Marc Panissod – BP 437
01174 GEX Cédex

Merci d'accompagner votre demande des pièces justificatives demandées (voir encadré page 3).

1. Identité du demandeur

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Né(e) le : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Agissant en qualité de :	Précisez le lien si le patient est décédé :
<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Conjoint/concubin survivant
<input type="checkbox"/> Protecteur juridique (anciennement tuteur)	<input type="checkbox"/> Enfant du défunt
<input type="checkbox"/> Mandaté	<input type="checkbox"/> Partenaire lié par un PACS
<input type="checkbox"/> Ayant droit	<input type="checkbox"/> Successeur légal du défunt (légataire universel, héritier)

2. Identité du patient (si différent du demandeur ou si patient décédé)

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Né(e) le : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Décédé(e) le : / /

3. Motif de la demande de communication (*pour les ayants droit seulement*)

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt (*précisez le motif*)
- Faire valoir un de vos droits (*précisez lequel*)

Attention : de son vivant, le patient ne doit pas s'être opposé à la communication de son dossier.

4. Documents souhaités (*Attention : seules vous seront communiquées les informations produites par le Centre Hospitalier du Pays de Gex*)

- Intégralité du dossier médical
- Si vous ne souhaitez pas recevoir l'intégralité du dossier, merci de préciser les pièces que vous désirez ainsi que leurs dates (compte-rendu d'hospitalisation, dossier infirmier, résultats d'examens...)

5. Modalités et coût de communication du dossier

Vous pouvez demander à prendre connaissance des informations et documents demandés :

- Par consultation sur place du dossier sans remise de copie (gratuite), en présence d'un médecin
- Par envoi à l'adresse du demandeur
- Par envoi au Docteur (*nom, prénom, adresse et téléphone à préciser*) :
- La remise des copies en main propre à l'hôpital

Je m'engage à payer les frais relatifs à l'envoi avec accusé de réception¹ conformément au tarif ci-après.

Les copies de dossiers médicaux ne sont pas soumises à facturation (article L1111-7 du Code de la santé publique) pour la première demande. Seul est facturé l'envoi en accusé de réception conformément au tarif en vigueur.

Date : / /

Signature :

La communication du dossier médical intervient au plus tard dans les 8 jours suivant la demande dûment complétée et accompagnée des pièces justificatives. Si les informations demandées remontent à plus de 5 ans, ce délai est porté à 2 mois.

¹ Par mesure de sécurité, le CHPG ne transmet aucune donnée médicale par voie électronique. Les éléments sont transmis par lettre recommandée avec accusé de réception. Les informations contenues dans le dossier médical sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toute précaution afin d'en assurer la confidentialité, notamment vis-à-vis des tiers, une fois réceptionnées.

6. Pièces justificatives à fournir selon les cas

Demandeur	Pièces justificatives
Patient	Copie recto-verso de la pièce d'identité (CNI ou passeport)
Protecteur juridique (anciennement tuteur) NB : les personnes placées sous curatelle ou sauvegarde de justice exercent elles-mêmes leur droit d'accès	Copie de l'ordonnance du Juge des Tutelles Copie recto-verso de la pièce d'identité du tuteur (CNI ou passeport)
Mandaté	Copie de la pièce d'identité (CNI ou passeport) du mandaté ET du patient Mandat écrit et signé par le patient
Ayants droit	Copie recto-verso de la pièce d'identité de l'ayant droit (CNI ou passeport) Copie des pièces justifiant votre qualité d'ayant droit (extrait acte de naissance et/ou copie de l'acte notarié) ET Copie de l'acte de décès
Conjoint survivant ou enfant du défunt	Copie de la pièce d'identité (CNI ou passeport) du conjoint ou enfant ET du patient décédé Copie du livret de famille du patient décédé dans son intégralité ou copie de votre acte de naissance avec filiation postérieur à la date du décès
Concubin	Copie de la pièce d'identité (CNI ou passeport) du concubin ET du patient Certificat de concubinage délivré par la Mairie du lieu de résidence ou tout justificatif prouvant le concubinage tel que défini par l'article 515-8 du Code civil
Partenaire lié par un PACS	Copie de la pièce d'identité (CNI ou passeport) du partenaire lié par un PACS ET du patient Copie de l'extrait de l'acte de naissance émargé de la mention de pacte civil de solidarité postérieur à la date du décès
Successeur légal du défunt (légataire universel, héritier)	Copie de la pièce d'identité (CNI ou passeport) du successeur ET du patient Copie de l'acte de notoriété prouvant la qualité d'ayant droit du fait du décès

Délai d'accès au dossier médical (Articles L1111-7 et R1111-1 du Code de la santé publique)

Pour les informations médicales datant de moins de cinq ans : le délai est de huit jours à compter de la réception de votre demande complète et au plus tôt après le délai légal de réflexion de quarante-huit heures.

Pour les dossiers datant de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie, le délai est porté à deux mois.

Délai de conservation du dossier médical (Article R1112-7 du Code de la santé publique) :

Le dossier médical est conservé pendant une durée de 10 ans à compter de la date du décès (sauf dispositions particulières).

Motif de la demande (Article L1110-4 du Code de la santé publique) :

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants-droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits. Ainsi, « Le demandeur doit préciser les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu'il souhaite faire valoir, afin de permettre à l'équipe médicale d'identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l'objectif correspondant » (Avis CADA n°20135291 du 30 janvier 2014).

Protection des données personnelles :

Les informations recueillies dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement automatisé. Ce traitement a pour objet la gestion des demandes d'exercice de droit. Il nous permet de recevoir, gérer et suivre les demandes, en liaison avec les services concernés ; conserver un historique des demandes et des réponses apportées aux usagers ; élaborer des données d'activité (statistiques). Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le CHPG est soumis. Ces informations pourront être transmises en interne à l'ensemble des services susceptibles d'intervenir dans le traitement de votre demande. Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union Européenne. Elles seront conservées pendant cinq (5) ans à compter de la fin de l'année civile de votre demande.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés et au RGPD, vous disposez des droits suivants :

- Droit d'accès, de rectification de vos données à caractère personnel,
- Droit d'effacement de vos données à caractère personnel lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite
- Droit à la limitation du traitement de vos données,
- Droit d'opposition au traitement de vos données,
- Droit de définir le sort de vos données après votre mort (voir le site www.cnil.fr pour plus d'information)

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Date : / /

Signature du demandeur :

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez joindre le secrétariat médical au
04.50.40.38.14

Partie réservée à l'établissement		
Date de réception de la demande	Validation de la demande	Date d'envoi des documents
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non/...../.....