

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Je soussigné(e) :

Nom ..... Prénom .....

Nom de naissance .....

Demeurant à .....

Code postal ..... Ville .....

Né(e) le ..... A .....

Numéro de téléphone .....

Adresse mail .....@.....

**QUALITE DU DEMANDEUR**

- Usager
- Tuteur (majeur sous tutelle)  
de (nom et prénom) : .....
- Représentant légal (titulaire de l'autorité parentale sur un mineur)  
de (nom et prénom) : .....
- Ayant droit d'une personne décédée  
de (nom et prénom) : .....  
Dans le but suivant :
  - Connaître les causes du décès
  - Défendre la mémoire du défunt : .....
  - Faire valoir des droits : .....

**PIECES SOUHAITEES**

- Je souhaite l'intégralité du dossier médical
  - Avec le dossier radiologie
  - Sans le dossier radiologie
- Je ne souhaite pas l'intégralité, merci de préciser les documents souhaités :  
.....  
.....

**MODE DE CONSULTATION DU DOSSIER**

- Consultation sur place
  - Avec accompagnement médical
  - Sans accompagnement médical
- Remise des copies (*facturation des frais de reproduction*)
- Envoi des copies au domicile (*facturation des frais de reproduction + envoi postal*)
- Envoi des copies au médecin de votre choix (*facturation de reproduction + envoi postal*), merci de préciser nom et adresse : .....

Fait à : ..... le : ...../...../..... signature :

Le dossier médical d'un patient est une obligation réglementaire relative aux soins donnés en hospitalisation. Il contient des informations personnelles, administratives et médicales, qui ont un caractère confidentiel, mais qui peuvent être communiquées directement au patient lorsqu'il en fait la demande, dans des conditions prévues par la loi.

### Qui peut avoir accès ?

- L'**usager** lui-même (ou par son médecin s'il le choisit comme intermédiaire) ;
- Un **représentant légal** (tuteur / parent d'un mineur avec son autorisation) ;
- Les **ayants droit** (dans certaines conditions) si la personne est décédée

### Comment ?

En envoyant le formulaire à la Direction de l'établissement.

### Justificatifs à joindre

**Dans tous les cas** : copie recto-verso d'une pièce d'identité officielle de l'usager concerné.

#### Si la demande est faite par un tiers :

Copie recto-verso d'une pièce d'identité officielle du tiers + justificatif selon la situation :

- **Tuteur** : copie de jugement de tutelle ;
- **Représentant légal** : copie du livret de famille ;
- **Ayant droit** : certificat d'hérédité.

### Délai de réponse

L'établissement laisse un **délai de réflexion à l'usager de 48h** à réception d'une demande complète.

Il répond à la demande sous :

- **8 jours** pour les dossiers médicaux de **moins de 5 ans** ;
- **2 mois** pour les dossiers médicaux de **plus de 5 ans** ;
- **2 mois** si la **commission départementale des soins psychiatriques** est saisie.

### Consultation du dossier

La **consultation des documents sur place** est gratuite.

L'établissement peut exiger le paiement des frais raisonnables basés sur les coûts administratifs si la personne souhaite des **copies ou que son dossier lui soit envoyé**.

Une estimation du coût peut être faite sur demande, elle dépendra notamment du nombre de copies souhaitée.

### Voies de recours en cas de refus

- **Délégué à la Protection des Données de l'UGECAM Hauts-de-France**  
Siège UGECAM Hauts-de-France  
2 Rue d'Iéna - 59000 LILLE  
Mail : [dpo.ug-hdf@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:dpo.ug-hdf@ugecam.assurance-maladie.fr)
- **Commission Nationale Informatique et Libertés**  
3 place de Fontenoy – TSA 80715 –  
75334 PARIS CEDEX 07  
<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>
- **Commission d'Accès aux Documents Administratifs**  
35 rue Saint Dominique – 75700 PARIS  
Mail : [cada@cada.fr](mailto:cada@cada.fr)
- **Personnes qualifiées (établissements médico-sociaux)**  
*Liste des personnes qualifiées à retrouver sur le site de l'ARS Hauts-de-France*