

CONDITIONS D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Hôpital Privé Sainte Marie
4 Allée Saint Jean des Vignes
71 100 Chalon sur Saône
S.A au capital de 1 101 600€
RCS 726 920 374 B - Chalon sur Saône
Tél. : +33 (0)3 74 82 71 71
Fax : +33 (0)3 85 47 61 67

En application de la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L 1111-7 al 1 et 2, **toute personne peut accéder directement aux informations concernant sa santé.**

www.hopital-prive-sainte-marie.fr
www.ramsaygds.fr

Chalon-sur-Saône, le

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez obtenir communication de votre dossier médical. Afin de répondre dans les meilleures conditions à votre requête, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous les quelques démarches à suivre.

1 – FORMALITE DE LA DEMANDE

Vous devez :

- Faire une demande écrite **en complétant, datant et signant le formulaire** en pages suivantes 3, 4 et 5 ;
- **Joindre les documents justificatifs demandés** (en page 4) ;
- L'adresser au Service qualité,

ATTENTION :

- N'oubliez pas de préciser **votre période d'hospitalisation** ainsi que le **médecin responsable** de votre prise en charge,
- N'oubliez pas de préciser si vous consulterez le dossier sur place (dans ce cas, il faudra prendre rendez-vous auprès du Secrétariat de Direction ou si vous désirez recevoir les copies des documents à votre domicile (dans ce cas, il faudra mentionner de façon précise votre adresse) ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix.
- A défaut de précision de votre part quant aux modalités d'accès, l'établissement considérera, dans votre intérêt, que l'accès au dossier médical s'effectuera par **envoi recommandé avec AR** à l'adresse que vous nous aurez indiquée.

ⓘ Le coût financier de l'envoi et la copie des documents sera à la charge du demandeur.

Tourner la page svp

2 – DELAIS DE COMMUNICATION

Le demandeur obtiendra communication des informations :

- **au plus tard dans un délai de huit jours à compter de la date de réception de sa demande complète** pour une hospitalisation datant de moins de 5 ans,
- **au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de sa demande complète** pour une hospitalisation datant de plus de 5 ans.

Dans tous les cas, il y a un délai de réflexion incompressible de 48 h avant la transmission des documents.

ATTENTION :

- Il est nécessaire de préserver la confidentialité des informations contenues dans votre dossier médical vis-à-vis des tiers (famille et entourage, assureurs, employeurs, etc) : il vous appartient d'être vigilant quant aux risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui vous concernent.
- Des difficultés d'interprétation de ces informations sont possibles. Il est vivement recommandé d'accéder à ces informations à l'occasion d'une consultation médicale que la clinique et les professionnels de santé s'offrent d'organiser.
- Vous pourrez également profiter de cette consultation en présence d'une tierce personne (entourage, médecin ou milieu associatif) et bénéficier d'un suivi ou soutien psychologique.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Alice GERMAIN
Responsable Qualité

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... A:

Domicilié(e) :

.....

Si le patient est mineur : père mère représentant légal de :

Nom du patient : Prénom :

Né(e) le/...../.....

Demande à obtenir la communication des documents suivants, établis par l'établissement à mon nom (ou au nom du patient) :

- L'intégralité de mon dossier médical (dossier médical, dossier de soins infirmiers, et le cas échéant, dossier transfusionnel, dossier anesthésique)

Ou :

- le compte rendu opératoire

Ou :

- le compte rendu de mon (son) hospitalisation

Ou :

- le ou les autres documents précisés ci-dessous:

.....

.....

établis par l'établissement à :

- mon nom
 au nom du patient dont je suis le représentant légal

Renseignement facilitant la recherche du dossier

Date d'hospitalisation :

Du :/...../.....

Au :/...../.....

Service d'hospitalisation :

Nom du médecin :

.....

N° d'identification du dossier :

.....

(si vous le connaissez)

Selon les modalités suivantes :

A m'envoyer en L.R.A.R. à mon adresse (indiquée ci-dessus)

Ou :

Envoi postal au Docteur : Nom : Prénom :

Adresse :

Ou :

A me remettre en mains propres, sur place à l'établissement : prendre rendez-vous auprès du service qualité : contact.hpsm@ramsaygds.fr

Ou :

A consulter sur place à l'établissement : prendre rendez-vous auprès du service qualité : contact.hpsm@ramsaygds.fr. Dans ce cas, je souhaite être assisté par un médecin :

Oui

Non

Documents justificatifs à fournir selon votre situation :

Demandeur	Pièces à fournir
Majeur capable	<ul style="list-style-type: none"> - copie recto verso de la pièce d'identité - copie de la carte vitale (ou de l'attestation)
Personne titulaire de l'autorité parentale	<ul style="list-style-type: none"> - copie recto verso de la pièce d'identité - copie recto verso de la pièce d'identité du mineur - copie de la carte vitale (ou de l'attestation) dont relève le mineur - copie du livret de famille ou de la décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale (ordonnance ou décision du juge aux affaires familiales). <p>Le mineur peut refuser à son/ses représentants légaux l'accès à son dossier ou le conditionner à la présence d'un médecin lors de sa consultation.</p>
Représentant légal d'un majeur sous tutelle	<ul style="list-style-type: none"> - copie recto verso de la pièce d'identité du tuteur - copie recto verso de la pièce d'identité du majeur protégé - copie de la carte vitale (ou de l'attestation) du majeur protégé - copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur (ordonnance du juge des tutelles).

Le demandeur est informé :

- que les informations médicales contenues dans ces documents peuvent nécessiter des explications. Le médecin pourra donc parfois souhaiter que leur communication s'effectue avec des précautions particulières, en conformité avec ses obligations déontologiques.
- que les documents transmis seront des photocopies (l'établissement étant dépositaire des originaux).
- qu'il aura à supporter l'ensemble des frais liés aux procédures de recherches, de photocopies, de reprographies et de communication de ce dossier médical **(1)**.
- que les documents seront transmis après réception du chèque : correspondant à la demande complète, libellé à l'ordre de l'établissement et adressé au secrétariat de Direction de l'établissement.
- que la communication sera effectuée dans les 8 jours suivant la date de réception de sa demande complète pour les documents d'hospitalisation datant de moins de 5 ans, ce délai ne pouvant excéder 2 mois pour les documents d'hospitalisation datant de plus de 5 ans. (la loi prévoit 2 jours de réflexion pendant lequel le dossier ne peut pas être communiqué).

(1) : *La facturation sera de 0.18€ par photocopie (recto/verso = 2 copies) + frais d'envoi postal (tarif LR avec AR calculé en fonction du poids)*

Date de la demande :/...../.....

Signature du demandeur :

*Renvoyez svp les pages 3, 4 et 5
avec les documents justificatifs demandés au Service qualité ou par mail :
contact.hpsm@ramsayqds.fr*

Vous pouvez conserver les pages 1 et 2.