

# Demande de copie du dossier médical

(A retourner au service des droits du patient)

Réf : **GHIV-DR-2021-0016**

Version : 002

Date d'application : 11.03.2021

Page 1 sur 2

## Identité du patient :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

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

## Identité du demandeur (si différent du patient) :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

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

## Qualité du demandeur :

Patient lui-même :

Tuteur :

Personne mandatée :

Titulaire de l'autorité parentale :

## Justificatifs à fournir :

➔ La photocopie copie recto verso de la pièce d'identité.

➔ La photocopie recto verso de la pièce d'identité du tuteur, la photocopie recto verso de la pièce d'identité du patient et la photocopie du jugement de mise sous tutelle.

➔ La photocopie recto verso de la pièce d'identité du patient, la photocopie recto verso de la pièce d'identité du mandaté et un mandat écrit, daté et signé du patient.

➔ La photocopie recto verso de la pièce d'identité du demandeur, la photocopie recto verso de la carte d'identité du mineur (si ce dernier en possède une) et la photocopie intégrale du livret de famille. En cas de divorce ou de séparation : jugement du maintien de l'autorité parentale.

Ayant-droit :

**Date de décès** : ...../...../.....

➔ La photocopie recto verso de la pièce d'identité du demandeur, la preuve de la qualité d'ayant droit (livret de famille, convention PACS, justificatif de domicile pour les concubins, acte de notoriété), la copie de l'acte de décès.

**La loi prévoit que l'ayant-droit du patient décédé doit préciser lors de sa demande le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance de ces informations :**

Connaître les causes du décès (si le patient est décédé au Groupement Intercommunal du Vexin)

Faire valoir mes droits (précisez lesquels : antécédent familiaux, assurance-vie, pension retraite...) :

Défendre la mémoire du défunt (précisez : succession, tribunal...) :

**ATTENTION** : la loi prévoit que seuls les éléments du dossier permettant de répondre au motif invoqué vous seront communiqués, sauf si, de son vivant, le patient a émis une opposition à la communication de son dossier médical à ses ayants droit.

**Modalité de communication choisie :**

Les frais de reproduction et d'acheminement des copies sont à la charge du demandeur **(0,25 € par page)**

- Consultation sur place des documents en présence d'un médecin (sur rendez-vous)
- Remise sur place des documents (au service des « *Droits du patient* »).  
*Dans le cas où vous ne pourriez pas vous déplacer, la procuration à un tiers est possible.*
- Envoi postal des documents au patient/demandeur par lettre recommandée avec accusé de réception**  
**(Frais d'envoi à votre charge)**  
*Adresse à préciser si différente de celle du patient :*
- Envoi postal des documents au médecin désigné par le patient/demandeur par lettre recommandée avec accusé de réception** **(Frais d'envoi à votre charge)**  
*Coordonnées et adresse du médecin à préciser :*

**Documents souhaités :**

- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission
- Les motifs de l'hospitalisation
- La recherche d'antécédents ou de facteurs de risques
- Les conclusions de l'évaluation clinique initiale
- Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée
- La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences
- Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie
- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel
- Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires
- Le dossier des soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers
- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé
- Le compte rendu de l'hospitalisation du ..... au ..... dans le service .....
- La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie
- La fiche de liaison paramédicale
- À mon nom ou  au nom de ..... dont je suis représentant légal ou l'ayant droit.

Date(s) d'hospitalisation concernée(s) :

.....

.....

Services concernée(s) :

.....

.....

Date :

Signature :



Groupement Hospitalier de Territoire  
Nord Ouest Vexin Val-d'Oise

- Centre Hospitalier René-Dubos
- Groupe Hospitalier Carnelle Portes de l'Oise
- Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin

B.P. 50039 - 95420 Magny-en-Vexin - 01 34 79 44 44 - [www.ghi-vexin.fr](http://www.ghi-vexin.fr)

Site d'Aincourt : Parc de la Buaille - 95510 Aincourt

Site de Magny : 38, rue Carnot - 95420 Magny-en-Vexin

Site de Marines : 12, boulevard Gambetta - 95640 Marines