Cf : Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients - Décret du 29 avril 2002 – Arrêtés du 5 mars 2004 et du 3 janvier 2007
Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016

PARTIE A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Je soussigné(e), NOM (et NOM de jeune fille) : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Rue : .....

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

Demande en tant que titulaire de l'autorité parentale l'accès au dossier patient de l'enfant :

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....Date de décès : .....

⌦ RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER :

Date d'hospitalisation, service(s) d'hospitalisation, nom du (des) médecin(s) hospitalier(s) : .....

.....

.....

.....

.....

⌦ DELAIS POUR LA TRANSMISSION DU DOSSIER

8 jours si la dernière venue dans le service date de moins de 5 ans
2 mois si la dernière venue dans le service date de plus de 5 ans

---

⌦ PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

1°) Photocopie recto verso de votre pièce d'identité.

2°) Certificat de décès.

3°) Justificatif d'autorité parentale : Livret de famille ou acte de naissance ou jugement du Tribunal.

Article L1110- modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 96. En cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments du dossier relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions prévues aux articles L.1111-5 et L.1111-5.1.

⌦ ACCES AU DOSSIER (un seul choix possible)

☐ Consultation sur place en présence d'un médecin du service

☐ Eléments du dossier à retirer dans le service

☐ Envoi des éléments du dossier au médecin

☐ Envoi des éléments du dossier à mon domicile (envoi recommandé)

Préciser Nom et adresse du médecin : .....

.....

Cette demande sera traitée dès réception de ce formulaire complété et accompagné des pièces justificatives.
Dossier complet à adresser au : CHU - Direction des Usagers
Avenue du Général Koenig
51092 Reims Cedex Tél : 03 26 78 81 66
Email : copiedossiermedical@chu-reims.fr

Date de la demande : ..... Signature du demandeur :

Nom et Prénom du demandeur : .....

==========

PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE

Ce document est destiné au recensement des demandes d'accès aux dossiers médicaux. ***Il doit être obligatoirement adressé à la Direction des Usagers par courrier ou par mail.***

Suite donnée (cf demande exprimée) :

Envoi au demandeur ☐ Envoi au médecin ☐ Eléments remis dans le service ☐ Entretien ☐

Date de la suite donnée : ..... *Cachet du service* :

Observations : .....

.....

.....

Photocopies papier : Nombre d'exemplaires ☐ format A 4 ☐ format A 3

Radiographies : Format 24 x 30 ☐

Format 36 x 43 ☐

CD rom ☐