



Affaire suivie par
la Direction des Affaires Générales

Formulaire de demande d'accès au dossier patient



Référence : **FE01-DPI-001-V5**
Version : **5**
Date de révision max 4 ans :
02/2028
Date rédaction : 05/2023
Date modification : 01/2024
Date validation : 01/2024

A adresser au Directeur de l'EPSM Metz-Jury BP 75088 57073 METZ cedex 3
ou par mail drh-secretariat@epsm-metz-jury.fr

Joindre la (les) photocopie(s) de votre(s) justificatif(s) (cf. tableau au verso).

1/ QUALITE et IDENTITÉ DU DEMANDEUR*

- ☐ Patient - *J'atteste ne pas être sous mesure de protection judiciaire : tutelle.*
☐ Tuteur - *Avec accord donné par le patient*
☐ Titulaire de l'autorité parentale

- ☐ Ayant droit, précisez le motif de la demande pour accéder au dossier d'une personne décédée : ☐ Connaître les causes du décès
☐ Défendre la mémoire du défunt
☐ Faire valoir vos droits

Nom : Nom de naissance : Prénom :

Né(e) le : A :

Adresse : N° : Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

2/ IDENTITÉ DU PATIENT* (si différente du demandeur)

Nom : Nom de naissance : Prénom :

Né(e) le : A :

3/ DOCUMENT(S) DEMANDÉ(S)* - Contenu du dossier médical : voir article R.1112-2 du Code de la Santé Publique

- ☐ Je souhaite une partie du dossier (précisez ci-dessous les pièces souhaitées)

Pièce(s) du dossier relative(s) à l'HOSPITALISATION

Service(s) concerné(s) :

☐ Période du __/__/__ au __/__/__

☐ Informations établies à la fin du séjour (compte-rendu d'hospitalisation / lettre de sortie, prescription de sortie...)

☐ Informations établies pendant le séjour hospitalier

Précisez si besoin :

Pièce(s) du dossier relative(s) au suivi en CMP

Service(s) concerné(s) :

☐ Période du __/__/__ au __/__/__

☐ Précisez, si besoin :

.....

.....

.....

- ☐ Je souhaite l'intégralité du dossier

4/ MODALITÉ(S) D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT* (cf. précisions au verso)

Les frais d'envoi et de copie donnent lieu à facturation : lettre recommandée + 0,20€ par feuille au-delà de 20 copies.

- ☐ Remise en mains propres sur RDV au secrétariat de direction
☐ Envoi postal en recommandé à mes nom et adresse
☐ Envoi postal en recommandé au médecin que je désigne ci-dessous

- ☐ Consultation sur place à l'hôpital
☐ Consultation sur place à l'hôpital en présence d'un médecin que je désigne ci-dessous

Médecin désigné : Nom : Prénom :

Adresse :

Tél :

Date :

Signature :

Cadre réservé à l'administration :

Date et mode de transmission :

Avis CDSP si concerné :



Formulaire de demande d'accès au dossier patient

Référence : FE01-DPI-001-V5

Version : 5

JUSTIFICATIF(S) A JOINDRE À LA DEMANDE	
QUALITÉ DU DEMANDEUR	PIÈCE(S) A FOURNIR
Patient	Copie recto / verso d'une pièce d'identité
Ayant droit <i>La communication des éléments du dossier patient peut être opposée aux ayants droits en cas de refus exprimé par le patient.</i>	- Copie recto / verso d'une pièce d'identité vous concernant ET - Copie de l'acte de décès ET - Copie du livret de famille ET - Copie du document légal justifiant de votre qualité d'ayant droit (certificat d'hérédité, ...)
Tuteur	- Copie recto / verso d'une pièce d'identité vous concernant ET - Copie du jugement de mise sous tutelle
Titulaire de l'autorité parentale <i>La communication des éléments du dossier patient peut être opposée aux ayants droits en cas de refus exprimé par le patient.</i>	- Copie recto / verso d'une pièce d'identité vous concernant ET - Copie de l'extrait de l'acte de naissance de l'enfant mineur OU du livret de famille (avec filiation complète de l'enfant) <u>En cas de divorce</u> : attestation indiquant votre qualité de titulaire de l'autorité parentale
MODALITÉ(S) D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT	
PAR ENVOI POSTAL : L'envoi se fait par lettre recommandée avec accusé de réception. SUR PLACE : Sur rendez-vous. La remise de copies est payante. <u>Présence d'une tierce personne</u> Un accompagnement médical lors de la consultation peut être mis à la disposition de la personne. La présence d'une tierce personne (un autre médecin par exemple) lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin. Elle ne peut pas être imposée, sauf dans le cas d'une personne hospitalisée en service psychiatrique, d'office ou sur demande d'un tiers. Si la présence d'un tiers est recommandée, les informations sont communiquées dès que l'intéressé a exprimé son refus ou son acceptation de suivre la recommandation. En cas de silence du demandeur sur ce point, les informations lui sont communiquées selon les délais indiqués ci-dessous. <u>Situation d'un patient hospitalisé en psychiatrie sans son consentement</u> Si la situation du patient l'exige, le responsable de l'établissement informe l'intéressé que l'accès à son dossier ne peut avoir lieu qu'en présence d'un médecin. En cas de refus du patient de désigner un médecin, le détenteur des informations saisit la Commission Départementale des Soins Psychiatriques. Son avis s'impose au demandeur et au détenteur des informations.	
DÉLAI DE COMMUNICATION à compter de la date de la réception complète de la demande	
- Dans les 8 jours pour les informations de 5 ans ou moins - Dans les 2 mois pour les informations de plus de 5 ans ou en cas de saisine de la Commission Départementale de Soins Psychiatriques (CDSP) - Et, dans tous les cas, au plus tôt après 48 heures (délai de réflexion à observer). <i>Note : En cas demande de dossier complet, le délai de communication est établi à compter de la date de saisie de la dernière information dans le dossier.</i>	

L'EPSM Metz-Jury traite les données recueillies afin de répondre à votre demande d'accès. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et vos droits consultez la politique de protection des données.