

# Comment obtenir une copie des documents de votre dossier patient ?

**Formulaire à remplir par vos soins et à adresser  
accompagné des justificatifs à :**

---

**Hôpital de Houdan  
Direction**

42 rue de Paris  
78550 HOUDAN

[direction@hopitalhoudan.fr](mailto:direction@hopitalhoudan.fr)  
01.30.46.18.02

---



Vous pouvez obtenir une copie des documents de votre dossier patient soit :

- Par consultation sur place à l'hôpital : si vous le souhaitez, un médecin du service pourra vous assister et répondre à vos questions. Des copies vous seront remises à votre demande.
- Par envoi postal.

Dans les deux cas, vous devez remplir le formulaire ci-joint dûment complété, daté et signé et l'adresser à la Direction de notre établissement accompagné des justificatifs (format A4, non découpés).

Si votre demande ne précise pas la modalité de communication choisie pour consulter votre dossier patient (sur place ou envoi postal), l'établissement vous proposera par défaut la consultation sur place.

Le délai de communication des documents est soumis à réglementation (cf. art. L1111-7 alinéa 2 du Code de la Santé Publique), soit au plus tard dans les 8 jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé. Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans.

Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation par le Trésor Public (cf. art. L1111-7 alinéa 7 du Code de la Santé Publique) selon les tarifs disponibles sur notre site internet et affichés dans l'établissement.

La consultation sur place des informations est gratuite.

Les dossiers sont conservés par l'hôpital pendant une durée minimale de 20 ans, selon la réglementation en vigueur (cf. art. R1112-7 du Code de la Santé Publique). Des règles particulières existent concernant les patients mineurs, les patients décédés et les actes transfusionnels.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations (cf. art. L1111-7 alinéa 3 du code de la santé publique).

**Toute demande incomplète ou imprécise sera suspendue jusqu'à obtention des justificatifs nécessaires.**



# FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER PATIENT

## IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) :  Madame  Monsieur

NOM D'USAGE : ..... Prénom : .....

NOM DE NAISSANCE : ..... Né(e) le : L L L L L L L L

Domicilié(e) : .....

☎ : ..... Mail : .....

AGISSANT EN QUALITÉ DE	JUSTIFICATIFS (format A4)
<input type="checkbox"/> Patient	Copie recto-verso de votre pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Représentant légal : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur NOM - Prénom du patient/résident : ..... ..... Date de naissance : L L L L L L L L	<p style="text-align: center;"><u>Enfant mineur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie recto-verso de votre pièce d'identité</li> <li>- Copie du livret de famille ou de l'acte de naissance (datant de moins de 3 mois), attestant le lien de parenté ainsi qu'une attestation sur l'honneur d'autorité parentale</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>Majeur sous Tutelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie recto-verso de votre pièce d'identité</li> <li>- Copie du jugement de tutelle</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Ayant droit (sauf si le patient décédé s'est opposé de son vivant à la transmission d'informations concernant sa santé) : <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Partenaire lié par un PACS <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Autre ayant-droit Lien de parenté : ..... NOM-Prénom du patient/résident : ..... ..... Date de naissance : L L L L L L L L <u>Motif</u> : (champ obligatoire - Art. L1110-4 alinéa 7 du CSP) <input type="checkbox"/> Connaître les raisons du décès <input type="checkbox"/> Faire valoir ses droits, lesquels : ..... ..... <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt, motif : ..... .....	<p style="text-align: center;">Personne décédée</p> Copie recto-verso de votre pièce d'identité Copie de l'acte de décès <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Ayant droit</u>: copie du livret de famille, certificat de naissance ou acte notarié ou tout document officiel attestant de la qualité d'ayant droit.</li> <li>✓ <u>Partenaire lié par un PACS</u>: copie du certificat de PACS</li> <li>✓ <u>Concubin</u>: copie du certificat de concubinage ou de vie commune (ex : bail commun)</li> </ul>

## MODE DE COMMUNICATION

Demande à consulter le dossier médical sur place :  
Souhaite la présence d'un médecin hospitalier :  oui  non  
Si oui, NOM du médecin : .....

Demande à obtenir la copie des documents selon la liste au verso :  
 à mon nom  au nom de .....

Selon les modalités suivantes :  
 Remise sur place à l'hôpital (au secrétariat du service, après appel de la secrétaire)  
 Envoi postal en recommandé (nom, prénom, adresse) : .....  
.....



# FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER PATIENT

## RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES À LA RECHERCHE DU DOSSIER

Date(s) de l'hospitalisation/hébergement : .....

Service(s) d'hospitalisation/hébergement : .....

Nom du (des) médecin(s) : .....

## PIÈCES DU DOSSIER MÉDICAL SOUHAITÉES

Cocher les cases correspondant aux pièces demandées.

*Pour information : ne sont communicables aux ayants droit que les éléments de nature à apporter la réponse à leur question.*

*Plusieurs des informations mentionnées ci-dessous peuvent être consignées sur un même document.*

*Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers ne sont pas communicables.*

### Dossier médical

Intégralité du dossier

Ou

La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission,

Les motifs d'admission,

La recherche d'antécédents et 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,

Les informations sur la démarche médicale, le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis,

Les correspondances échangées entre professionnels de santé,

La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie,

Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie,

Les documents personnels (non facturable) : préciser : .....

### Dossier de soins infirmiers

### Examens complémentaires

Examen de laboratoire

ECG

Imagerie médicale :  cliché  compte-rendu - Date(s) : .....

**Dossier transfusionnel** (la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel)

**Autres** (préciser) : .....

Date : .....

Signature :