

## Demande de communication du dossier médical par le patient / le titulaire de l'autorité parentale / le représentant légal)

Conformément à la loi 2002-303 du 4 mars 2002 et au décret 2002-637 du 29 avril 2002

Demandeur :			
Nom – Prénom			
Date de naissance :			
Numéro de dossier (si vous le connaissez) :			
Adresse:			
Téléphone :			
Demande d'accès :			
☐ A mon dossier	☐ Au dossier de : Né(e) le :		
	□ en tant que titulaire de l'autorité parentale		
	□ en tant que tuteur/ représentant légal		
Éléments souhaités <sup>(1)</sup> :			
<ul> <li>□ Copie <u>intégrale</u> du dossier</li> <li>□ Copie <u>partielle</u> du dossier r</li> </ul>		les clichés d'imagerie (*rayer la mention inutile)	
☐ Courriers entre professionnels	s de santé	☐ Dossier de radiothérapie	
☐ Dossier de soins infirmiers		☐ Dossier transfusionnel	
☐ Compte-rendu d'hospitalisation /de consultation		☐ Dossier de recherche clinique	
•		<ul><li>□ Dossier de chimiothérapie</li><li>□ Dossier d'anesthésie-réanimation</li></ul>	
•		☐ Clichés d'imagerie	
cytologie pathologique			
Selon les modalités suivantes	s:		
☐ Consultation sur place, accompagné(e) d'un médecin de l'établissement			
☐ Remise en mains propres sur présentation de la pièce d'identité ou procuration signée du patient			
☐ Envoi postal en recommandé avec AR à votre domicile			
☐ Envoi postal au médecin référent (nom, prénom et adresse) :			
Motif(s) de votre demande :			
Justificatifs à fournir :			
<ul> <li>Copie d'un justificatif d'identité (CNI, passeport, titre de séjour, etc)</li> </ul>			
<ul> <li>Copie de tout document justifiant de votre qualité de titulaire de l'autorité parentale/ représentant légal</li> </ul>			
(1) Je m'engage à acquitter l'ensemb (0,18 € par page ph		l'envoi éventuels. O copié + frais de port si envoi à domicile)	
Date: Signature:			
Document à retourner :			
par courrier posta ICANS		<b>par mail :</b> SecretariatDQGR@icans.eu	
Direction Qualité Gestion des Risques Re	latione avec lee l leagure		



Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;

3° 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.