



# CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER MEDICAL

Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :

CHRU de NANCY  
C A M A P  
Service Accès dossier  
Rue du Morvan  
54500 VANDOEUVRE LES NANCY  
54 035 Nancy Cedex

### I – RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES RELATIFS AU DEMANDEUR

Je soussigné(e)       Madame                                       Monsieur

NOM, Prénom : .....

NOM de naissance : .....

Né(e) le : .....

À : .....

Département ..... Pays.....

Adresse personnelle : .....

.....

Téléphone.....

E-mail .....

### DEMANDE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL DE :

NOM, Prénom : .....

NOM de naissance : .....

Né(e) le : .....

À : .....

Département ..... Pays.....





### III - RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE

- Je souhaite avoir communication des pièces du dossier médical correspondant au(x) séjour(s) suivants :

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation		Service(s) d'hospitalisation ou de consultation	Hôpital (Brabois, Central, Saint-Julien, Maternité Régionale, Emile Gallé)	Chef (s) de service
Du (JJ/MM/AA)	Au (JJ/MM/AA)			

- Je demande la copie des documents médicaux suivants :

- L'intégralité du dossier médical correspondant aux séjour(s) précité(s) ci-dessus
- Les courriers médicaux et comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus opératoires
- Les clichés radiologiques (radiographie, scanner, examen IRM...)
- Les Informations relatives aux soins infirmiers
- Autres, à préciser : .....

### IV- MODALITES DE COMMUNICATION

- Je souhaite consulter ce dossier dans le service de prise en charge concerné , en présence du médecin du service sur RDV** (dans la limite des documents auxquels j'ai droit, copies possibles à l'issue)  
Nb : aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier recommandé avec accusé de réception et facture

- Je souhaite consulter ce dossier au service « accès dossier » du CHRU sur RDV** (dans la limite des documents auxquels j'ai droit, copies possibles à l'issue)

*Nota Bene : aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier recommandé avec accusé de réception et facture*

- Je souhaite les copies du dossier médical sous la forme suivante :**
  - Remise des copies en mains propres au service « accès dossier » du CHRU de Nancy
  - A moi-même sur présentation de ma pièce d'identité
  - A la personne désignée ci-dessous :

J'autorise :  Madame

Monsieur

Nom..... Prénom.....

Date de naissance : .....

Adresse.....

Téléphone.....

à retirer en mon nom, les copies du dossier concerné, au service « accès dossier » du CHRU de Nancy, sur rdv (cette personne devra produire sa carte d'identité).

Signature du demandeur

Signature de la personne désignée

**Envoi des copies des informations demandées par voie postale en recommandé AR**

à mon adresse postale (complétée ci-dessus)

au médecin que j'ai désigné : (précisez les coordonnées) :

Dr .....

Adresse .....

*Nota Bene : si les pièces ne sont pas retirées dans notre service dans un délai d'un mois après notre appel, elles seront envoyées à votre adresse et facturées*

## **V – ATTESTATION**

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.**

**Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.**

**DATE : ..... / ..... / .....**

**SIGNATURE DEMANDEUR**

**Document à adresser et signé complété avec les copies des documents obligatoires à l'adresse suivante :**

**CHRU de Nancy  
Service Accès Dossier – Hôpitaux de Brabois  
C A M A P  
Rue du Morvan  
54500 VANDOEUVRE LES NANCY**

**IMPORTANT :**

Le présent formulaire est établi conformément aux dispositions des articles L 1111-2, L 1111-7, L 1112-1, R 1111-1 et R 1111-8 du Code de santé Publique qui régissent l'accès aux informations contenues dans le dossier médical des patients mineurs et des patients majeurs placés sous régime de protection juridique.

A cet égard, il est rappelé qu'en vertu :

-de l'article R 1111-6 du CSP, le mineur peut s'opposer à ce que les éléments de son dossier médical relatif à une action de prévention, un dépistage, un diagnostic, un traitement ou une intervention dont il fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L. 1111-5 et L 1111-5-1 du CSP s'il souhaite que le secret soit gardé à ce sujet.

- de l'article L 1111-7 du CSP, la communication des informations demandées doit être obtenue au plus tard dans les 8 jours de sa réception lorsqu'elles datent de moins de 5 ans , et au plus tard dans les 2 mois dans les autres cas.

Vous êtes informé (e) que les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent formulaire font l'objet d'un traitement à destination des seuls personnels de l'établissement afin de faciliter le suivi et traçabilité des demandes « d'accès dossier ».

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction Générale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de NANCY- 29 avenue de Lattre de Tassigny, 54000 NANCY.