

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MÉDICAUX

* : Champs à remplir obligatoirement

Mon identité*

Je soussigné(e) : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom* : Prénom* :

Nom de naissance* :

Date de naissance* : Lieu de naissance :

Adresse postale* :

E-Mail : Téléphone :*

Ma demande concerne*

☐ Mon dossier médical

Ou

☐ Le dossier médical de : né(e) le

Dont je suis :

☐ Représentant légal

☐ Ayant-droit (père, enfant, frère etc. **d'une personne décédée**)

☐ Autre (tuteur, mandataire, etc.)

Si la demande concerne une personne décédée, merci de préciser les raisons de la communication :

☐ Connaître les causes du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt

☐ Faire valoir ses droits

Dans ces deux derniers cas, merci de motiver votre demande **obligatoirement** :

Je souhaite recevoir la copie des documents suivants*

☐ Compte-rendu d'hospitalisation (Lettre de sortie / CRH)

Du au

☐ Compte-rendu opératoire (CRO)

Le

☐ Pièces essentielles du dossier médical (CRH, CRO, résultats d'examens récents, etc...)

☐ Imageries (scanner, IRM, radiographie, échographie...)

☐ Compte-rendu d'examens d'imagerie

Merci de préciser les dates d'hospitalisation, le nom du service et le nom du médecin :

Du au

Du au

Service :

Service :

Nom du médecin :

Nom du médecin :

Modalités de transmission du dossier :

- ☐ Je souhaite consulter gratuitement mon dossier médical sur place (dans ce cas, merci de prendre attache directement avec le ou les service(s) concerné(s) en contactant le secrétariat) ; Il est possible, lors de la consultation du dossier, de se faire accompagner d'un médecin du service.
- ☐ Je souhaite récupérer la copie du dossier au CHU, sur place, auprès du service des archives centrales sur le site Jean MINJOZ. Le service avertira le demandeur dès que le dossier sera prêt.
- ☐ Je souhaite que les copies soient adressées à mon adresse **SANS** accusé de réception.
- ☐ Je souhaite que les copies soient adressées à mon adresse **AVEC** accusé de réception (les frais d'expédition excédant la somme forfaitaire de cinq euros seront mis à la charge du demandeur)
- ☐ Je souhaite que les copies soient adressées à mon médecin traitant (en cas de double envoi au demandeur et au médecin, les frais d'expéditions excédant la somme forfaitaire de cinq euros seront mis à la charge du demandeur) :

Nom du médecin traitant :

Adresse postale :

- Pour toute première demande de communication de dossier médical* : aucun frais de reproduction ne sera facturé

* Par première demande, il est entendu toute demande formulée directement par le patient, et non par ses ayants droit, quel que soit le contenu de la demande. Tout document ayant déjà été demandé dans le cadre d'une précédente demande sera facturé.

Informations sur les frais de reproduction (le format utilisé pour les copies sera identique au format des pièces du dossier conservé)

- 0,18 € par format A4 noir et blanc
- 0,40 € par format A3 noir et blanc
- 2,75 € par CD ROM / DVD ROM (pour les clichés d'imagerie en fonction du nombre de clichés)
- 3,60 € par document hors format (plan de soins réanimation)

Documents à fournir obligatoirement :

- Si vous êtes le patient :
 - o Une photocopie recto / verso d'une pièce d'identité ou un passeport en cours de validité
- Si vous êtes le titulaire de l'autorité parentale :
 - o Une photocopie recto / verso d'une pièce d'identité ou un passeport en cours de validité
 - o Une photocopie du livret de famille complet
- Si vous êtes un ayant-droit d'une personne décédée (enfant ou conjoint) :
 - o Une photocopie recto / verso d'une pièce d'identité ou un passeport en cours de validité
 - o Une photocopie du livret de famille complet
 - o Une photocopie de l'acte de décès

Pour les autres ayants-droit (frère, neveu, cousin...) il faudra fournir obligatoirement un certificat d'hérédité ou un document notarié attestant de votre qualité d'ayant-droit.

- Si vous êtes dans une autre situation (mandat, jugement de tutelle/curatelle) :
 - o Une photocopie recto / verso d'une pièce d'identité ou un passeport en cours de validité
 - o Une motivation écrite de votre demande ainsi que les documents justificatifs afférent à la situation

INFORMATIONS RELATIVES AUX DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Traitement de vos données :

Les données que vous fournissez lors de votre cette demande de communication de documents médicaux sont traitées par le CHU de Besançon pour les finalités suivantes :

- o Établir la légitimité de votre demande
- o Établir le tarif applicable à votre demande
- o Conserver des éléments de preuve de la conformité du CHU de Besançon à la réglementation en vigueur

Le CHU traite ces données, dans le cadre de son obligation légale d'appliquer le droit d'accès au dossier médical, afin d'établir la légitimité des demandes et dans son intérêt légitime à conserver les demandes pour le suivi de sa conformité à la réglementation en vigueur et pour la facturation éventuelle de ces dernières. La transmission de ces données de votre part est obligatoire et conditionne la communication des pièces demandées.

Vos données seront traitées par **la Direction des Affaires Juridiques, des Patients et de la Qualité** pour établir la légitimité de votre demande, **le service des Archives Centrales** et les services concernés pour la récupération des pièces demandées.

Conservation de vos données :

Afin de satisfaire les finalités ci-avant exposées et notamment déterminer le caractère nouveau ou supplémentaire de la demande de communication et ainsi déterminer une tarification conforme à l'article 15, 3. du RGPD, les données relatives à cette demande seront conservées 5 ans par le CHU de Besançon. Ces données seront supprimées à l'issue de ce délai.

Vos droits – Accès, rectification, effacement :

Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement (sur la base de l'exercice de votre droit d'opposition dont les motifs devront être étudiés selon l'article 21 du RGPD) et de limitation concernant les données fournies lors de votre demande.

Si vous avez des questions sur le traitement de vos données ou si souhaitez demander l'exercice d'un droit, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données du CHU de Besançon, par courrier électronique à dpo@chu-besancon.fr ou par voie postale à l'adresse « Délégué à la protection des données - Direction Générale, CHU de Besançon, 3 bd Alexandre Fleming, 25030 Besançon » ; Si vous estimez que le CHU de Besançon n'a pas respecté vos droits malgré vos demandes, vous pouvez saisir la CNIL : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ce document est à adresser soit :

- Par courrier à la Direction des Affaires Juridiques, des Patients et de la Qualité
- Par mail à l'adresse suivante : relationsusagers@chu-besancon.fr

Pour tous renseignements, vous pouvez également contacter le 03 81 21 87 17

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de toutes les informations figurant dans le présent formulaire et avoir pris connaissance des frais de reproduction

Date de la demande :

Signature :