

## DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

à adresser au service Archives Centrales du Groupe Hospitalier du Havre  
BP 24 - 76083 LE HAVRE Cédex

Tél. 02 32 73 48 39 FAX. 02 32 73 32 98 - Email : accesdossiermedical@ch-havre.fr

### 1- IDENTITE DU DEMANDEUR & COORDONNEES

NOM (nom de naissance) \_\_\_\_\_ NOM d'usage \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Ce numéro de téléphone sera utilisé si des précisions sont nécessaires au traitement de votre demande ou pour une prise de rendez-vous éventuelle. Si vous ne souhaitez pas fournir de numéro de téléphone, le moyen de contact utilisé sera l'e-mail.

### 2- DOSSIER MEDICAL

#### Informations médicales me concernant (à renseigner obligatoirement)

Suite à la venue dans l'hôpital dans le service de \_\_\_\_\_  
en date du \_\_\_\_\_

#### Type de document demandé (à renseigner obligatoirement)

- Compte-rendu de prise en charge ou d'hospitalisation  
 Résultat d'examen (Préciser) \_\_\_\_\_  
 Dossier FIVA  
 Autre demande (Préciser) \_\_\_\_\_

#### Informations médicales, en tant que représentant légal concernant (à renseigner obligatoirement)

M/Mme \_\_\_\_\_ NOM DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ NOM d'usage \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

En qualité de :  père, mère ou détenteur de l'autorité parentale  
 tuteur ou tutrice

Suite à la venue dans l'hôpital dans le service de \_\_\_\_\_  
en date du \_\_\_\_\_

#### Type de document demandé (à renseigner obligatoirement)

- Compte-rendu de prise en charge ou d'hospitalisation  
 Résultat d'examen (Préciser) \_\_\_\_\_  
 Dossier FIVA  
 Autre demande (Préciser) \_\_\_\_\_

**Le délai légal de remise de documents ne commence à courir qu'à réception de l'ensemble des informations et justificatifs demandés**

### 3- MODALITES D'ACCES

Par défaut, les éléments demandés vous seront transmis par messagerie sécurisée, au sein de Mon Espace Santé. Si vous n'avez pas encore activé votre Espace Santé, nous vous invitons à le faire rapidement sur le site Mon Espace Santé :

<https://www.monespacesante.fr/enrolement/activation/accueil>

En l'absence d'activation de votre Espace Santé, l'hôpital ne sera pas en mesure de vous transmettre les documents demandés via votre messagerie sécurisée. Une vidéo d'accompagnement est présente à cet endroit :

<https://www.youtube.com/watch?v=0a-raxe6Wq0>

Si vous souhaitez que les éléments soient transmis par messagerie sécurisée à un médecin, veuillez indiquer ses coordonnées ci-dessous :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Sur demande expresse, les éléments pourront vous être communiqués sur support papier (retrait sur place ou envoi postal). Une prise de rendez-vous sera requise auprès du service des Archives Médicales de l'hôpital Jacques Monod (02 32 73 48 39) ; la présentation d'une pièce d'identité (identique à celle de la demande) sera exigée.

#### Je soussigné(e), le demandeur, certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès précisées au verso

Fait au Havre le, ..... Signature : \_\_\_\_\_

\* Voir au verso (Facturation)

## MODALITES D'ACCES

### PIECES A FOURNIR

Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :

- ▣ Pièce d'identité

Vous demandez le dossier en tant que représentant légal d'une autre personne, joindre obligatoirement copie :

- ▣ un document justifiant de la représentation légale (livret de famille, décision de justice...)

### DELAI DE COMMUNICATION

Le délai de communication fixé par la loi est de 8 jours portés à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. Ce délai peut également être de 2 mois dans le cas particulier de la saisine de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

**Le demandeur est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis à vis des tiers (famille et entourage, employeur, assureur...).**

### FACTURATION

Toute première demande de dossier médical est gratuite ; une tarification des frais de reproduction est applicable pour toute demande supplémentaire :

Copie A4	0,18 €
Radio sur support CD	2,75 €
Radio sur support DVD	2,75 €
Cliché radio papier glacé A4	0,40 €
Enveloppe fenêtre logo	0,16 €
Clé USB	6,00 €
Cliché radio 36x43	3,00 €

\* Pour un envoi par courrier, s'ajoutent les frais d'envoi qui varient selon le poids du dossier et le tarif postal en vigueur.

**Le fait de formuler cette demande vous engage à régler l'ensemble des frais de reproduction s'il y en a. Une facture vous sera adressée.**

*Les données recueillies dans ce formulaire sont nécessaires au traitement de votre demande par les services habilités au sein de l'hôpital (intérêt légitime de l'hôpital). Durant la durée de conservation de ces données (5 ans), vous pouvez exercer les droits suivants en vous adressant au Délégué à la protection des données (dpd@ch-havre.fr) : droit d'accès de rectification, d'effacement, à la limitation du traitement, d'opposition. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (www.cnil.fr). Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles par l'établissement, et pour exercer vos droits, reportez-vous à la page Données personnelles du GHH.*