**COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL**

(Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonne pratiques relatives à l’accès aux informations concernant la santé d’une personne, et notamment l’accompagnement de cet accès)

Tout salarié peut accéder aux informations issues de son dossier médical directement ou par l’intermédiaire d’un médecin qu’il désigne et en obtenir communication 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 de communication est porté à 2 mois lorsque les informations datent de plus de 5 ans à compter de la date à laquelle l’information médicale a été constituée.

Pour rappel, les informations issues du dossier médical sont confidentielles et il existe donc des précautions à prendre quant au respect du caractère strictement personnel des informations transmises, notamment vis-à-vis des tiers.

**Identité et qualité du demandeur**

* Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_
* Nom de jeune fille : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
* Prénom : \_\_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_
* Né(e) le : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
* N° pièce d’identité (copie d’une pièce d’identité recto/verso) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_
* Qualité du demandeur : \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
* Motif de la demande si ayant droit : \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Souhaite obtenir le dossier médical de**

* Nom : \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
* Nom de jeune fille : \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
* Prénom : \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_
* Né(e) le : \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_
* Entreprise : \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_

**Nature de la demande**

* Ensemble du dossier [ ]
* Partie du dossier [ ]
* Pièce particulière du dossier [ ]



Je soussigné(e), Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certifie avoir pris connaissance et compris les informations de ce document et souhaite accéder aux informations issues du dossier médical selon les modalités choisies ci-dessus.

Fait à , le

Signature