Formulaire à retourner, accompagné de l'ensemble des justificatifs :

- **À l'adresse mail suivante** : ctdm@ch-ab.fr
- **À l'adresse postale suivante** : Cellule de Transmission des Dossiers médicaux (CTDM) – CH Aunay-Bayeux – 13 Rue de Nesmond – 14400 BAYEUX

IDENTITÉ ET QUALITÉ DU DEMANDEUR

Nom de naissance : …… Nom d'usage : ……

Prénom : ……Né(e) le : ……/……/…… à :……

Adresse : ……

Code postal : …… Commune : ……

Téléphone : …… Courriel : ……@……

Votre qualité :

□ **Patient**

□ **Représentant légal**

Patient mineur /Patient majeur (préciser la mesure de protection)

- Nom et prénom du patient :……
- Date de naissance :……

□ **Ayant droit de** :

Nom de naissance : …… Nom d'usage : ……

Prénom : ……

Date de naissance :……

Date du décès :……

MOTIF DE LA DEMANDE POUR LES AYANTS DROIT (cocher la ou les cases correspondantes)

□ Connaître la ou les cause(s) du décès

□ Faire valoir un droit

□ Défendre la mémoire du défunt

Motif(s) à détailler (à remplir obligatoirement) :

……

……

……

……

……

Demande de communication d'un dossier patient ou de documents relatifs à la prise en charge

DOCUMENTS SOUHAITÉS (cocher la ou les cases correspondantes) :

□ Comptes rendus d'hospitalisations
□ Comptes rendus opératoires
□ Dossier d'anesthésie (pré, per, post anesthésie)
□ Comptes rendus de passage aux urgences
□ Résultats d'examens de laboratoire (biologie, anatomopathologie…)
□ Résultats d'examens (ECG, Epreuves d'effort…)
□ Imagerie : ○ compte rendu ○ images ○ CD-ROM (possible uniquement pour les scanners et IRM)
□ Comptes rendus de consultations
□ Dossier paramédical (soins infirmiers)
□ Dossier transfusionnel
□ Autres : ……

PRECISIONS PERMETTANT LA RECHERCHE

Période de prise en charge souhaitée : du……../……./……. au……../……../……

Dates (début et fin)	Service(s) concerné(s) ou pathologie(s)	Nature du document

MODALITÉS DE COMMUNICATION DU DOSSIER (Cocher la case correspondante)

□ **Envoi dématérialisé par lien Seafile**

Un lien Seafile sera adressé par mail au demandeur. Il permettra de télécharger gratuitement les documents demandés. Le demandeur recevra un code de validation par SMS qui lui garantit la sécurité de l'accès au lien grâce à une double authentification. Le lien expirera à l'issue d'un délai de 15 jours à compter de l'envoi.

** Il est impératif de renseigner ci-dessus votre numéro de téléphone portable pour recevoir le code de validation par SMS.*

□ **Envoi postal par lettre recommandée avec accusé de réception** (voir tarifs envoi et édition des documents)

○ Si envoi à un médecin ou avocat de votre choix :

Nom et Adresse : ……

……

□ **Une remise en main propre ou à une personne désignée** (voir tarifs) :

Nom et prénom de la personne désignée : ……

Né(e) le : ……./……../……à……

La personne désignée devra présenter la pièce d'identité du patient lors de la remise du dossier en main propre.

TARIFS DES COPIES ET ENVOI PAPIER

COPIES	CD – ROM / DVD	COURRIER LR/AR
0.18€ / FEUILLE	5,00 € / CD OU DVD	Tarif en vigueur

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES A TRANSMETTRE

Tout demandeur doit joindre une **copie recto-verso** de sa pièce d'identité **en cours de validité**.

Représentant légal	• Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient • Copie du livret de famille (pour un patient mineur) • En cas de mesure de protection avec représentation relative à la personne : copie du jugement

Ayant droit	• Copie de l'acte de décès du patient • Copie du livret de famille ou copie de l'extrait d'acte de naissance ou certificat d'hérédité ou acte notarié Si concubin : - Certificat de concubinage s'il existe - Copie de tout document permettant d'attester de la vie commune, de sa stabilité, de son caractère notoire et de la mise en commun même partielle de moyens matériels (bail commun, factures, courriers, photographies, témoignages écrits ou autres) Si partenaire de PACS : - Copie d'un justificatif portant mention du PACS (contrat de PACS, extrait d'acte de naissance, attestation de PACS)

Personne désignée	• Pièce d'identité du patient • Mandat signé du patient

Conformément à la loi n° 78-17 Informatique et liberté du 6 janvier 1978 et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des

données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), vous disposez du droit d'accès, à la rectification, à la limitation de traitement et à l'effacement de vos données personnelles. Il sera procédé à l'effacement des justificatifs produits une fois la demande traitée.

Je soussigné(e), M/Mme……certifie avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier patient et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

Date de la demande : ……/……/…….

Signature du demandeur :

La cellule de reproduction des dossiers patient reste à votre disposition pour toute information relative à la demande d'accès au dossier patient au ***02.31.51.51.65.***