

Date de création : 23/01/2018 (V1) – Date de la dernière modification : 13/12/2021 (V4)

## Références

- Loi du 4 mars 2002, les droits du patient CSP\*
- Article 2 du décret du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique.
- Arrêté du 5 mars 2004, recommandations des bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

**Imprimé à retourner dûment rempli et signé à :**  
**Centre Hospitalier d'Ajaccio**  
**Direction des Relations avec les Usagers**  
**1180 Route A Madonuccia**  
**20 090 AJACCIO**

## IDENTITE DU PATIENT

Monsieur, Madame : .....  
(Préciser le nom de jeune fille pour les femmes mariées)

Date de naissance : ..... N° ☎ : .....

Adresse postale : .....  
(Rayer les mentions inutiles)

## DEMANDEUR (si autre que le patient)

Monsieur, Madame : .....

Adresse postale : .....

N° ☎ : .....  
(Rayer les mentions inutiles)

☞ Cocher les cases correspondant à votre situation ou à votre choix

## QUALITE DU DEMANDEUR :

- Vous avez autorité parentale, agissant en qualité de :  père  mère  tuteur
- Vous êtes mandaté (joindre le courrier du mandant vous désignant en pouvoir d'agir en son nom)
- Vous êtes ayant droit en cas de décès :  
Préciser la motivation (Art L1110-4) CSP\*
  - Connaître les causes du décès
  - Défendre la mémoire du défunt
  - Droits à faire valoir

**NB : si la personne a exprimé une volonté contraire, il ne pourra être donné suite à cette demande.**  
(Art.L 1111-5) Art 6 du décret du 29 avril 2002

## PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE (Selon votre situation)

- Photocopie recto verso d'une pièce d'identité
- Photocopie attestant de l'autorité parentale (livret de famille, jugement ou arrêté rendu, déclaration conjointe)
- Photocopie attestant de l'exercice de la tutelle (jugement ou arrêté rendu)
- Photocopie d'un document attestant la qualité d'ayant droit (acte notarié ou acte d'état civil)
- Photocopie du contrat d'assurance vie dont vous êtes le bénéficiaire

## MODALITES DE COMMUNICATIONS

Je demande la communication selon la modalité suivante :

**Envoi au domicile**

Nom- Prénom : .....

Adresse : .....

**Envoi au médecin traitant ou mandataire de votre choix**

(Art.L1111-7 CSP)

Nom- Prénom : .....

Adresse : .....

**Retrait au bureau des Relations Usagers**

**Consultation sur place (gratuite)**

(Art.R 710-2-1 CSP)

Prendre rendez-vous avec le médecin auprès du secrétariat du service concerné.

## MOTIFS DE LA DEMANDE

## NATURE DE LA DEMANDE

Vous souhaitez :

**L'ensemble du dossier médical**

**Les éléments suivants :** .....

.....  
.....  
.....

Dates de séjour

Services

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

**L'absence de pièces justificatives ou de réponse de votre part, dans les trois mois qui suivent l'envoi de ce formulaire, induira la clôture de la démarche d'accès à votre dossier ou celui d'un proche.**

Je m'engage à m'acquitter auprès du Centre hospitalier d'Ajaccio, des frais de reproduction des documents demandés (0.18€/page format A4 ou A3 et 1.50€/contretypage d'imagerie médicale) ainsi que les frais d'affranchissement en recommandé si envoi.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude et la véracité des informations complétées ci-dessus, de sorte que celles-ci ne pourront pas être remises en cause par un tiers ou par toute autorité compétente et à défaut engageront la responsabilité du signataire.

Fait à .....le .....

**Signature**