

FORMULAIRE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

L'accès au dossier médical est garanti par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de la prise en charge. Ce droit peut être exercé par le patient directement ou par ses ayants droits, son concubin ou son partenaire de PACS, si ce dernier est décédé.

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, veuillez **remplir ce formulaire, de fournir les pièces justificatives demandées** et le retourner à la Direction de l'Institut de Cancérologie de Seine-et-Marne.

Patient adulte	Photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport)
Curateur / Tuteur	Photocopie d'une pièce d'identité du demandeur Photocopie de la décision de la mesure de curatelle / de mise sous tutelle
AYANT DROIT Successeur légal du défunt (héritier, conjoint, légataire universel).	Photocopie d'une pièce d'identité du demandeur (l'ayant droit) Photocopie de l'acte légal prouvant sa qualité d'ayant droit - du fait du décès du patient - (acte notarié, certificat d'hérédité ou livret de famille du défunt) ou un acte de décès et copie du livret de famille.
Concubin	Pièces en plus : Certificat de concubinage délivré par la Mairie du lieu de résidence
Partenaire lié par un PACS	Photocopie de l'extrait de l'acte de naissance émarginé de la mention du pacte civil de solidarité ou photocopie du récépissé de l'enregistrement du Pacs

Le délai de communication du dossier est effectué au plus tôt après un délai de réflexion de 48h qui doit être observé et au plus tard dans les 8 jours à compter de la réception de ce formulaire dûment complété et accompagné des pièces justificatives. Pour un dossier de plus de 5 ans, le délai est porté à 2 mois.

Le formulaire avec les pièces justificatives doit être adressé à l'institut :

✉ **Soit par courrier à l'adresse suivante :**

Institut de Cancérologie de Seine-et-Marne
Service de radiothérapie
Secrétariat médical
2-4 cours de la Gondoire
77600 JOSSIGNY

✉ **Soit par mail** à l'adresse suivante secretaires@icsm77.com

Je soussigné(e) :

Nom Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	
☎ :	
Mail :	
Médecin radiothérapeute référent du patient :	

souhaite avoir accès : *Cochez une seule case*

☐ à mon dossier médical

☐ au dossier médical du patient :

Nom et prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Préciser le lien avec le patient :

Motif de la demande (obligatoire) :

.....

Modalités d'envoi du dossier médical souhaité : *Cochez une seule case*

☐ Envoi postal avec accusé de réception

☐ Consultation sur place

☐ Remise en main propre sur site

Nom Prénom et Signature :

Fait à, le :