**VOUS SOUHAITEZ LA COMMUNICATION DE VOTRE DOSSIER MEDICAL, VOICI CE QUE PREVOIT LA LOI :**

(Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 – Décret n°2002-637 du 29 avril 2002).

**1. Qui peut demander ?**

• Le travailleur directement ou par l’intermédiaire d’un médecin qu’il désigne

• Les ayants droits si le patient est décédé

• Le ou les représentant(s) de l’autorité parentale si le travailleur est mineur

• La personne en charge de la mesure, si le travailleur fait l’objet d’une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne.

**2. A qui demander ?**

Toute demande doit être formulée par écrit et adressée au médecin du service de prévention et de santé au travail.

**3. Pièces à joindre à la demande**

La demande doit être obligatoirement accompagnée des pièces jutificatives suivantes :

Si la demande est formulée par :

•Le travailleur : carte nationale d’identité ou passeport

•Le médecin désigné comme intermédiaire par l’un des bénéficiaires du droit d’accès : la lettre du demandeur autorisant la transmission des informations.

•Le représentant légal du mineur : copie du livret de famille ou tout document officiel attestant de la filiation

•Un ayant droit : une lettre expliquant très précisément les motifs de la demande accompagnée des pièces suivantes : le certificat de décès et le livret de famille ou un acte notarié ou tout document officiel attestant de la qualité d’ayant droit

• Personne en charge de la mesure de protection juridique : preuve de la mesure de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne.

**4. Délais de transmission :**

< **8 jours**\* pour des informations datant de moins de 5 ans

< **2 mois**\* pour des informations datant de plus de 5 ans.

*(\*à partir de la date de réception de la demande)*

Un délai de réflexion de 48h doit être observé.

**Article 11 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades** **et à la qualité du système de santé (extrait)**

Communication du dossier médical

Art. L. 1111-7. - Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L.1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L.1110-4*.(Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.)*

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

**Demande de communication de dossier médical**

(Article L. 1111-7. du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) : [SALARIE\_NOM\_COMPLET]

Né(e) le .[SALARIE\_DATE\_DE\_NAISSANCE] à .[LIEU\_DE\_NAISSANCE]

Domicilié(e) [SALARIE\_ADRESSE]

Pièce d’identité produite (ci-joint une copie) :

demande au médecin du travail le Dr [NOM\_MEDECIN] , la communication de mon dossier médical de santé du travail.

**Je souhaite (cochez la case correspondante) :**

* Que ce dossier soit adressé au médecin nommément désigné ci-dessous ;

Nom du médecin :

* Consulter ce dossier médical sur place ;
* Recevoir une copie en main propre ;
* Qu’une copie de ce dossier me soit adressée à mon domicile sous pli recommandé

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Signature du demandeur)

*Date de réception au Service médical :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nom du professionnel l’ayant réceptionné :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Signature :*