

L'enfant mineur ne détient pas personnellement le droit d'accès aux données médicales qui le concernent. En principe et dans la majorité des cas, son dossier peut être consulté par le ou les titulaires de l'autorité parentale. Toutefois, dans des circonstances exceptionnelles où l'enfant a obtenu des soins à l'insu de ses parents, il (elle) peut s'opposer à ce que les informations sur le traitement ou l'intervention médicale dont il (elle) a été l'objet soient communiquées à l'une des deux (ou aux deux) personnes détentrices de l'autorité parentale.

- **Vous pouvez consulter les documents médicaux de votre enfant mineur sur place, par l'intermédiaire d'un médecin de l'établissement qui pourra répondre à vos questions :** pour cela, vous devez prendre rendez-vous auprès du secrétariat du médecin de votre choix.
- **Les médecins de l'établissement alimentent le Dossier Médical Partagé (DMP) pour les documents de sortie** (Compte rendu d'Hospitalisation, compte rendu Opératoire, compte rendu d'Accouchement, Ordonnances de sortie...). **Vous pouvez y accéder via le site officiel** <https://www.monespacesante.fr>
- **Pour une demande de compte-rendu** (d'hospitalisation, opératoire et/ou de consultation), contacter **le secrétariat du médecin concerné**. *Le médecin traitant et/ou le médecin qui a prescrit l'hospitalisation de votre enfant sont destinataires des comptes rendus.*
- **Pour une demande de clichés d'imagerie :** contacter le service Olympe Imagerie **au 01 79 36 04** ou par mail à l'adresse suivante : resultats.antony@olympo-imagerie.fr

Pour tout autre document, faire une **demande écrite au service Relation des Usagers**, en utilisant **le formulaire ci-contre**. Merci de joindre impérativement **la copie des pièces suivantes :**

- carte d'identité recto-verso du représentant légal
- livret de famille ou extrait de naissance
- le cas échéant, jugement de tutelle
- en cas de mandat, carte d'identité de la personne mandatée pour récupérer les documents médicaux.

Envoyer le formulaire et les pièces justificatives

@ de préférence par mail à l'adresse suivante : hpantony.cdu@ramsaysante.fr ou

 par courrier simple au service **Relation avec les Usagers** 1, rue Velpeau 92160 ANTONY

Téléphone : **01.46.74.37.01**

→ **Le délai de transmission est de 8 jours ouvrables** à compter de la réception de votre demande complète, pour **les documents de moins de 5 ans**. Ce délai n'excédera pas 2 mois pour les documents au-delà de 5 ans. Les documents transmis seront des photocopies, l'hôpital étant le dépositaire des originaux.

La durée de conservation du dossier médical est de 20 ans. Ce délai commence à courir à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe du patient dans l'établissement.

1/ DEMANDEUR (Joindre une copie de votre pièce d'identité) : Mme M.

NOM : Prénom :

Né(e) le : / /

Domicilié(e) :

Téléphone : Email :@.....

(PERSONNE TITULAIRE DES DOCUMENTS MÉDICAUX) Mme M. Enfant

Nom : Prénom : Né(e) le : / /

2/ MOTIF DE LA DEMANDE :

- Continuité des soins dans d'autres établissements (déménagement, changement de médecin...)
- Besoin d'explications sur les soins et la prise en charge
- Litige
- Autre :

3/ DOCUMENTS MEDICAUX SOUHAITÉS (Cocher la ou les cases correspondantes) :

Le ou les documents précisés ci-dessous :

- Compte rendu d'hospitalisation
- Compte rendu opératoire ou d'accouchement
- Compte rendu de passage aux Urgences
- Résultats d'examens de laboratoire (Biologie, Anatomopathologie)

Autres documents, précisez :

-
-
-
-

4/ PRECISIONS FACILITANT LA RECHERCHE :

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

Service d'hospitalisation :

Nom du médecin :

5/ MODALITÉ DE RÉCUPÉRATION DU DOSSIER :

- Envoi postal en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception :**

À mon adresse **ou** À l'intention de :

Fonction :

Adresse :

- Récupération auprès du Service Qualité et Relation avec les Usagers, sur rendez-vous à l'adresse suivante : Bât. Condorcet, 41 av. Aristide Briand - 92160 Antony – se présenter à l'Hôtesse d'Accueil muni(e) de votre carte d'identité.**

En main propre **ou** Par le mandataire suivant (**Joindre une copie de sa pièce d'identité**) :

Nom : Mme M.

Prénom : Né(e) le : / /

Date de la demande : / /

Signature du demandeur