

Formulaire de demande d'accès au dossier médical du patient

Le formulaire doit être adressé à la direction de la clinique, accompagné des pièces justificatives.

Patient :

Nom de naissance : Prénom :
Nom d'usage : Date de naissance :

Demandeur (si différent du patient) :

Nom de naissance : Prénom :
Nom d'usage : Date de naissance :

Adresse du patient (ou du demandeur le cas échéant) :

Téléphone ET mail :

Qualité du demandeur :

Le patient

Pièce justificative : Copie recto/verso de votre pièce d'identité ou passeport ou carte de séjour

L'ayant droit

Motivation de la demande :

- Connaître les causes du décès
 Faire valoir ses droits
 Défendre la mémoire du défunt

Pièces justificatives : Copie recto/verso de votre pièce d'identité ou passeport ou carte de séjour
Justificatif prouvant la qualité d'ayant droit (livret de famille, acte notarié, ...)
Justificatif de décès du patient

Le titulaire de l'autorité parentale

Pièces justificatives : Copie recto/verso de votre pièce d'identité ou passeport ou carte de séjour
Justificatif de l'autorité parentale
Autorisation du mineur, si celui-ci est en âge de la fournir (plus de 14 ans)

Le tuteur ou le curateur

Pièces justificatives : Copie recto/verso de votre pièce d'identité ou passeport ou carte de séjour
Justificatif de la qualité de tuteur ou curateur



La demande * :

1/ Période d'hospitalisation (mois/année) :

2/Eléments demandés :

L'intégralité du dossier d'hospitalisation

Ou Les pièces suivantes si elles existent :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lettre de sortie (compte-rendu d'hospitalisation) | <input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire |
| <input type="checkbox"/> Prescriptions | <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'examens radiologiques |
| <input type="checkbox"/> Observations médicales | <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'examens de laboratoire |
| <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie | <input type="checkbox"/> Dossier transfusionnel |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'autres examens : | |
| <input type="checkbox"/> Traçabilité infirmière (administration des médicaments, surveillance des constantes, transmissions infirmières, ...) | |
| <input type="checkbox"/> Traçabilité autres paramédicaux | |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'examen d'anatomo-cytopathologique (analyse d'un prélèvement opératoire) | |
| <input type="checkbox"/> Traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables | |
| <input type="checkbox"/> Documents médicaux légaux (personne de confiance, directives anticipées, consentement(s) éclairé(s), ...) | |
| <input type="checkbox"/> Courriers autres professionnels (courrier d'adressage, courrier autre établissement, feuille de liaison SAMU, ...) | |
| <input type="checkbox"/> Autres documents éventuels : | |

Fait à _____

, le _____

Signature du demandeur

** Pour la demande d'un ayant droit :*

- seuls les éléments nécessaires à l'une des 3 motivations seront communiqués

- la communication n'est possible que si le patient ne s'y est pas opposé de son vivant, conformément à l'article L. 1110-4 du code de la Santé Publique

Pour information, le dossier est conservé 20 ans à partir de la dernière hospitalisation.

