

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/Éléments demandés :

☐ L'intégralité du dossier d'hospitalisation

Ou ☐ Les pièces suivantes si elles existent :

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

Fait à _____, le _____

Signature du demandeur

Information sur la conservation de vos données :

Afin de faciliter le suivi de vos demandes, les données relatives à la réclamation de votre dossier médical sont conservées pendant une durée de dix ans et sont accessibles uniquement aux personnels autorisés en charge de la communication du dossier médical. Le traitement est nécessaire à l'exécution d'obligations légales prévues par le Code de la santé publique. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, d'effacement et d'opposition sur le traitement de vos données. Pour exercer vos droits ou pour toute information supplémentaire, nous vous invitons à contacter en première intention le service de communication du dossier médical (dossiermedical@clinique-pasteur.com), et si nécessaire le DPO à l'adresse mail suivante : dpo@clinique-pasteur.com. Si besoin, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

*** 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 médical est conservé 20 ans à partir de la dernière hospitalisation.



45 avenue de Lombes BP 27617
31076 Toulouse cedex 3
Tél : 05 62 21 31 31 - Fax : 05 62 21 31 32
www.clinique-pasteur.com

SA au capital de 1 576 736 € - Code APE 8610Z - RCS Toulouse 550 801 195

