



DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) M./Mme (nom, prénom, nom de naissance) :

.....

Né(e) le : A.....

Domicilié(e) :



: Courriel :

QUALITE DU DEMANDEUR

- Patient
- Représentant légal d'un patient (mère, père, tuteur)
- Ayant droit d'un patient décédé

Demande l'accès à mon dossier médical ou à celui de :

M./Mme (nom, prénom, nom de naissance) :

Né(e) le : A.....

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS A FOURNIR

➤ Patient	- Un justificatif d'identité (carte d'identité, passeport ou acte de naissance)
➤ Représentant légal	- Un justificatif d'identité (carte d'identité, passeport ou acte de naissance) - Une copie du livret de famille - En cas divorce, le document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale - Pour les majeurs protégés, une copie du jugement de tutelle
➤ Ayant droit	- Un justificatif d'identité (carte d'identité, passeport ou acte de naissance) - Une copie du livret de famille ou contrat de PACS ou certificat de concubinage - Une copie de l'acte de décès - Une copie du certificat d'hérédité

MOTIF DE LA DEMANDE – Pour l'ayant droit uniquement

- Connaître les causes du décès
 - Faire valoir un droit (à motiver) :
-

- Défendre la mémoire du défunt (à motiver) :

**seules les informations répondant au motif de votre demande vous seront communiquées*

RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA COMMUNICATION DU DOSSIER

Je souhaite obtenir :

- L'intégralité du dossier (pour les patients et les représentants légaux uniquement)

Ou :

- Le compte-rendu opératoire
 Le compte-rendu d'hospitalisation
 Le dossier de soins
 Le dossier d'imagerie
 Les résultats d'examens biologiques
 Autre(s) :

Service(s) concerné(s) :

Date(s) :

MODALITES DE COMMUNICATION

Je souhaite :

- Obtenir par Bluefiles la copie des documents médicaux
**Bluefiles est une plateforme numérique sécurisée permettant l'envoi de fichiers confidentiels. Suivez le lien reçu par courriel et en quelques clics vous avez accès à votre dossier !*
- Consulter les éléments sur place
 Récupérer les éléments sur place
 Obtenir par voie postale la copie des documents médicaux
 Que les éléments soient transmis au Docteur :
Domicilié :

Fait à :

Le :

Signature (s) :

Formulaire à retourner accompagné des pièces justificatives demandées à :

Centre Hospitalier Départemental Vendée
Direction Juridique, de la Qualité et des Usagers
Les Oudairies, 85925 LA ROCHE-SUR-YON Cedex 9
Téléphone : 02.51.44.61.37 / E-mail : dua@chd-vendee.fr