

DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

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

Né(e) le: À: _____

Domicilié(e): _____

Téléphone: _____

Courriel: _____

QUALITÉ DU DEMANDEUR

- Patient
 Représentant légal d'un patient mineur ou sous mesure de protection (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: À: _____

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Patient	<ul style="list-style-type: none">• Un justificatif d'identité (carte d'identité, passeport ou acte de naissance)
Représentant légal	<ul style="list-style-type: none">• Un justificatif d'identité (carte d'identité, passeport ou acte de naissance)• Une copie du livret de famille• Le document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale• Pour les majeurs protégés, une copie du jugement de tutelle
Ayant droit	<ul style="list-style-type: none">• 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

- 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) : | | | | | | | | | |

MODALITÉS DE COMMUNICATION

Je souhaite (choix unique à cocher) :

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 : _____

DÉLAI DE COMMUNICATION

- Si les informations médicales ont moins de 5 ans, elles vous seront remises dans les 8 jours.
- Si les informations remontent à plus de cinq ans, le délai est porté à deux mois.
- Dans tous les cas, il faudra attendre 48 h avant que votre dossier médical puisse vous être communiqué.

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 : 02.51.44.60.12 / E-mail : acces.dossier@chd-vendee.fr