

## ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

Les pièces suivantes

- Lettre ou mail de demande de dossier
- Formulaire de demande complété
- Documents à fournir (cf. page 3)

doivent être envoyées à l'adresse suivante :

Par courrier :

Clinique de l'Union  
Service D.I.M.  
Boulevard de Ratalens  
31240 SAINT-JEAN

Par messagerie :

[accesdossier.union@ramsaysante.fr](mailto:accesdossier.union@ramsaysante.fr)

ou

[sylvie.bize-arriot@ramsaysante.fr](mailto:sylvie.bize-arriot@ramsaysante.fr)

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MÉDICAL

**Patient(e)** Nom usuel : ..... Nom de naissance .....  
Prénom..... Date de naissance .....

Si le demandeur n'est pas le patient :

Nom et prénom : ..... Lien avec le patient : .....

Adresse : .....  
.....

Numéro de téléphone : ..... Mail : .....

Dates du séjour à la Clinique de L'Union : .....  
.....

Je souhaite avoir communication du :

- ☐ Dossier complet (intégralité des documents contenus dans le dossier médical de l'hospitalisation)  
**sauf pour patients décédés** (dans ce cas, seules les pièces répondant au motif de la demande peuvent être communiquées)

**Ou :** des pièces suivantes versées au dossier médical (1) :

- ☐ Lettre de sortie (compte-rendu d'hospitalisation)  
☐ Compte-rendu opératoire  
☐ Dossier d'anesthésie  
☐ Compte-rendu d'examens anatomo-cytopathologiques (analyse d'un prélèvement opératoire)  
☐ Compte-rendu d'examens radiologiques  
☐ Compte-rendu d'examens de laboratoire  
☐ Compte-rendu d'autres examens : .....  
☐ Observations médicales  
☐ Prescriptions  
☐ Dossier infirmier (administration des médicaments, surveillance température et tension, transmissions infirmières, etc.)  
☐ Autres documents éventuels : .....

**Selon les modalités suivantes :**

- ☐ Consultation sur place à la Clinique de L'Union (2)  
☐ Envoi recommandé avec accusé de réception  
☐ Envoi postal à un médecin désigné par mes soins (préciser ses coordonnées exactes) :  
.....  
.....

- ☐ Remise en mains propres  
☐ Remise à une personne mandatée par mes soins : .....  
(sur présentation du mandat et de la pièce d'identité)

- **Pour les dossiers médicaux datant de moins de 5 ans : délai légal d'envoi du dossier de 8 jours\*.**  
(\*Délai à compter de la date de réception du dossier complet : formulaire et pièces justificatives)  
➤ **Pour les dossiers médicaux datant de plus de 5 ans : délai légal d'envoi du dossier de 2 mois\*.**  
(\*Délai à compter de la date de réception du dossier complet : formulaire et pièces justificatives)

**Attention :** je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations. J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs, etc.)

(1) : selon le type et le motif d'hospitalisation, tous les éléments listés n'existent pas obligatoirement dans chaque dossier.  
(2) : si vous choisissez de venir consulter le dossier sur place, le médecin qui vous recevra peut vous aider à trier les documents dont une copie vous serait utile.

Fait à ..... Le : ..... / ..... / .....

**Signature :**

## LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR EN FONCTION DE VOS DROITS

**Seules les demandes complètes seront traitées**

**Vous êtes : la personne concernée**

- ☐ La copie recto-verso de votre pièce d'identité

**Vous êtes : ayant droit en cas de décès de la personne**

- ☐ La copie recto-verso de votre pièce d'identité
- ☐ Un document justifiant votre qualité d'ayant droit : acte de notoriété délivré par le notaire
- ☐ Le motif de la demande (**cocher un seul des motifs ci-dessous**)
- ☐ Défendre la mémoire du défunt
  - ☐ Faire valoir un droit
  - ☐ Connaître la cause du décès (cocher un seul motif)

L'accès des ayants droit aux informations médicales du patient décédé est limité, il ne concerne pas l'accès à toutes les pièces du dossier.

Le motif doit être explicité dans votre courrier, afin de permettre à l'équipe médicale d'identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l'objectif correspondant.

**Vous êtes : le détenteur de l'autorité parentale dans le cas d'enfants mineurs à la date de la demande**

- ☐ La copie recto verso de votre pièce d'identité
- ☐ La copie du livret de famille
- ☐ La copie du jugement précisant le détenteur de l'autorité parentale en cas de séparation ou de divorce

**Vous êtes : le médecin expressément désigné par l'intéressé comme intermédiaire**

- ☐ Votre nom et votre adresse : .....  
.....  
.....
- ☐ Un courrier du patient nous autorisant à vous transmettre les données médicales demandées

**Vous êtes : le tuteur d'une personne majeure placée sous tutelle**

- ☐ La copie recto-verso de votre pièce d'identité
- ☐ La copie du jugement de mise sous tutelle désignant le tuteur