



# Formulaire de demande d'accès au dossier patient

Pour obtenir communication du dossier patient, veuillez nous retourner ce formulaire dûment complété, daté et signé, accompagné des pièces nécessaires\*, à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier de Sartène  
Route de Grossa – BP 141  
20100 SARTENE

---

## I - IDENTITE DU DEMANDEUR

---

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
n° de téléphone (nécessaire pour vous appeler si difficulté) ..... Mobile .....  
Adresse mail : .....@.....

### AGISSANT EN QUALITE DE :

**Patient majeur, patient majeur sous curatelle ou sauvegarde de justice** (copie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité ou du Passeport\*).

**Représentant légal d'un mineur** (copie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité ou du Passeport du mineur et du demandeur + copie du livret de famille ou copie intégrale de l'extrait d'acte de naissance ou déclaration conjointe d'exercice de l'autorité parentale devant greffier de grande instance + cas particuliers : ordonnance, jugement, arrêt rendu par un juge\*).

**Représentant légal d'un patient majeur protégé sous tutelle** (copie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité ou du Passeport + copie du jugement de placement sous tutelle\*).

**Ayant droit** (copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport ayant droit + copie acte de décès + copie du livret de famille attestant de votre filiation ou certificat d'hérédité (établi par la mairie) pour un enfant du défunt ou un acte notarié (établi par le notaire chargé de la succession))\*.

Si vous êtes un ayant droit, merci de préciser le motif de votre demande :

- Faire valoir vos droits  Défendre la mémoire du défunt.  
 Connaître les causes du décès du patient.

Préciser votre demande : .....

.....  
.....

**Mineur émancipé** (copie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité ou du Passeport + jugement d'émancipation\*).

**Patient mineur** (copie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité ou du Passeport\*). L'accès se fait uniquement par l'intermédiaire d'un médecin.

**Tiers mandaté** (justificatif des deux identités : copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport du mandant et du mandataire + signature du mandant et du mandataire sur le formulaire en bas de page)\*.

(Pour les mineurs et les majeurs sous tutelle, la désignation du mandataire incombe cependant aux représentants légaux du patient. Si le patient est décédé, elle incombe à ses ayants droit).

---

## II - IDENTITE DU PATIENT SI DIFFERENTE DE CELLE DU DEMANDEUR

---

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom(s) : ..... Date de naissance : .....  
Demeurant : .....

---

### III - PIECES DU DOSSIER PATIENT DEMANDEES

---

- Intégralité du dossier.       Compte-rendu d'hospitalisation       Dossier de soins
- Résultats d'examens (précisez) : .....
- Clichés (radios, scanners...) (précisez) : .....
- Autres (précisez) : .....
- .....
- .....
- .....

---

### IV - RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER

---

Service(s) d'hospitalisation : .....

Date(s) d'hospitalisation ou la ou les dates de séjour : .....

.....

---

### V – LA MODALITE DE COMMUNICATION CHOISIE

---

- Je choisis la consultation sur place (Un rendez-vous vous sera proposé. Si vous le souhaitez, un médecin hospitalier pourra être présent ou sera disponible pour répondre à vos éventuelles questions).
- Je choisis de retirer sur place les documents demandés (un rendez-vous vous sera proposé).
- Je demande l'envoi postal à mon domicile avec accusé de réception (demandeur).
- Je souhaite un envoi postal au médecin de mon choix (nom, prénom, adresse du cabinet, coordonnées téléphoniques) : .....

.....

(Lors de l'accès, le médecin devra communiquer sa carte professionnelle de l'ordre ou la copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport)

- Je désigne pour recevoir les documents :  consultation sur place,  retirer sur place,  envoi postal : nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques.....

.....

(Lors de l'accès, la personne mandatée devra communiquer la copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport)

---

### VI - LE DEMANDEUR EST INFORME :

---

- De communiquer toutes les justificatifs demandés (\*) pour ne pas retarder le traitement de sa demande d'accès au dossier patient.
- Que conformément à la Loi du 4 mars 2002, son identité établie, l'établissement dispose d'un délai de 48 heures pour examiner sa demande.
- Qu'ensuite l'hôpital doit répondre dans des délais compris entre 8 jours (dossier de moins de 5 ans) et 2 mois (dossier de plus de 5 ans) (L 1111-7 du Code de la Santé Publique).
- Que les informations du dossier médical sont strictement personnelles. Un usage non maîtrisé par la révélation ou la diffusion de certaines de ces informations peuvent nuire à son titulaire.
- Que les documents transmis seront des copies.

**Demande faite à :** .....      **Nom :** .....      **Prénom :** .....

**Le :** ...../...../.....      **Signature du demandeur :** .....

**Nom :** .....      **Prénom :** .....

**Signature** (Personne mandaté)

---

### VII - PARTIE RESERVEE A LA DIRECTION DES CENTRES HOSPITALIERS DE SARTENE

---

Date de réception de la demande :

Validation de la demande :       Oui       Non      Motif du refus : .....

Formulaire transmis aux archives le : .....

Signature