



## DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

### IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) M. / Mme (nom de naissance, d'usage et prénom) :

.....

Né(e) le : ..... A .....

Domicilié(e) : .....

.....

☎ : ..... Mail : .....

### QUALITE DU DEMANDEUR ET JUSTIFICATIF(S) A FOURNIR

**Je suis Patient** (un justificatif d'identité\*)

**Je suis représentant légal d'un patient mineur** (un justificatif d'identité\* ; une copie du livret de famille ; le document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale).

**Pour les majeurs protégés ou sous mesure de protection tutelle ou curatelle** : (un justificatif d'identité\* ; une copie du jugement de tutelle).

**Je suis un ayant droit d'un patient décédé** : (un justificatif d'identité\* ; copie du livret de famille/contrat de PACS/certificat de concubinage ; une copie de l'acte de décès ; copie du certificat d'hérédité (acte notarial)).

**MOTIF DE LA DEMANDE** : selon la réglementation (loi du 4 mars 2002), le demandeur doit préciser le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance des informations médicales. Seules les informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi lui sont communicables.

**INFORMATION IMPORTANTE** : **Le dossier médical complet ne peut pas être communiqué.**

Connaître les causes du décès.

Faire valoir un droit (à motiver : par exemple quel droit souhaitez-vous faire valoir):

.....

.....

.....

Défendre la mémoire du défunt (à motiver : par exemple pour quelle(s) raison(s)) :

.....

.....

.....

### LA DEMANDE CONCERNE – IDENTITE DU PATIENT

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

.....

Né(e) le : ..... A.....

\* carte d'identité, passeport ou acte de naissance

## POUR LES PATIENTS ET REPRESENTANTS LEGAUX / CURATEUR – TUTEUR RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA COMMUNICATION DU DOSSIER

Je souhaite obtenir

- L'intégralité du dossier.

Ou une partie du dossier : **Service(s) et/ou date(s) concerné(s) :**

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

### MODALITES DE COMMUNICATION

Je souhaite (**CHOIX UNIQUE A COCHER**) :

- Obtenir par BLUEFILES la copie des documents médicaux hors IMAGERIES** (BLUEFILES est une plateforme numérique sécurisée permettant l'envoi de fichiers confidentiel).
- Consulter les éléments sur place** (sur rendez-vous avec un médecin).
- Récupérer les éléments sur place** (jour et horaire choisi avec le secrétariat)  
Site de La Roche sur Yon - Bâtiment de la Direction Générale - Direction des Usagers  
Lundi, mardi, jeudi et vendredi 8h30 - 12h15 - 13h30 - 16h20
- Obtenir par voie postale la copie des documents médicaux (RECOMMANDE)**
- Que soient transmis les éléments au Docteur** (nom et prénom):

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

### DELAIS DE COMMUNICATION

- Si les informations médicales ont **moins de 5 ans**, elles vous seront envoyées dans les 8 jours.
- Si les informations remontent à **plus de 5 ans**, le délai est porté à 2 mois.

Dans tous les cas, un délai de réflexion de 48h s'applique avant que votre dossier médical puisse vous être transmis.

Fait à :

Le :

Signature :

#### INFORMATIONS RELATIVES A LA COMMUNICATION D'INFORMATIONS MEDICALES

La loi n° 2002-303 contraint l'établissement à vérifier l'identité du demandeur.

A réception des informations médicales, informations à caractère strictement personnel, leur communication à un tiers se fait sous votre entière responsabilité.

\* Conformément à l'Arrêt de la Cour de Justice de l'Union Européenne du 26 octobre 2023, [l'obtention d'une première copie du dossier médical est gratuite.](#)

**Formulaire à retourner (accompagné des pièces justificatives demandées) à :**

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL VENDEE - 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](mailto:acces.dossier@chd-vendee.fr)