

|   |   |  |
|---|---|--|
|  <b>CLINIQUE<br/>SAINT-ROCH</b> | <b>Formulaire</b><br><br><b>Demande de dossier<br/>médical d'un patient par<br/>un tiers mandaté (médecin<br/>traitant)</b> | <b>Processus :<br/>Dossier patient</b> |
|   |   | <b>Référence : FML-DPA-03</b>          |
| <b>Date de mise à jour : /</b>  |   | <b>Version 00</b>                      |
| <b>Date d'application : 04/01/2023</b>  |   | <b>Page 1 sur 5</b>                    |

- Formulaire de demande
  
- Liste des pièces justificatives

Ce document doit être renvoyé accompagné des documents justificatifs à l'adresse suivante :

Clinique Saint-Roch  
 A l'attention du Docteur Jérôme MARTY  
 29, avenue Adrien Escudier  
 31620 FRONTON

Une facture pour les frais de copies et d'envoi vous sera adressée avec l'envoi du dossier.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  <b>CLINIQUE<br/>SAINT-ROCH</b> | <b>Formulaire</b><br><br><b>Demande de dossier<br/>médical d'un patient par<br/>un tiers mandaté(médecin<br/>traitant)</b> | <b>Processus :<br/>Dossier patient</b> |
|   |  | <b>Référence : FML-DPA-03</b>          |
| <b>Date de mise à jour : /</b>  |  | <b>Version 00</b>                      |
| <b>Date d'application : 04/01/2023</b>  |  | <b>Page 2 sur 5</b>                    |

Je soussigné(e)

Nom et Prénom du mandataire :

Né(e) le :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

**Sollicite**, en application de la législation en vigueur, communication de la copie du dossier médical de :

Nom du patient :

Nom de naissance du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Correspondant aux dates de séjours d'hospitalisations suivantes : \_\_\_\_\_

Je souhaite avoir communication du :

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

**Ou : des pièces suivantes<sup>1</sup> contenues dans mon dossier médical**

- Lettre de sortie (compte-rendu d'hospitalisation)
- Compte-rendu d'examens radiologiques
- Compte-rendu d'examens de laboratoire
- Compte-rendu d'autres examens : \_\_\_\_\_
- Tableau des prescriptions
- Observations médicales
- Dossier de soins infirmiers (suivi des constantes, administration des médicaments, surveillance température et tension, transmissions infirmières, ...)
- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé (à préciser SVP) :  
 \_\_\_\_\_

**Selon les modalités suivantes :**

- Consultation sur place à la Clinique Saint-Roch <sup>2</sup>
- Remis en mains propres à la Clinique Saint-Roch
- Envoi recommandé avec accusé de réception à mon domicile

Je certifie ne pas avoir de conflit d'intérêts avec le mandant

✓ Je suis informé(e) que la facturation sera de 0,20 € par feuillet, plus le coût de l'expédition en recommandé avec AR pour l'envoi postal

✓ 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,

<sup>1</sup> Selon le type et le motif d'hospitalisation, tous les éléments listés n'existent pas obligatoirement dans chaque dossier

<sup>2</sup> 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

|   |  |  |
|---|--|--|
|  <b>CLINIQUE<br/>SAINT-ROCH</b> | <b>Formulaire</b><br><br><b>Demande de dossier<br/>médical d'un patient par<br/>un tiers mandaté(médecin<br/>traitant)</b> | <b>Processus :<br/>Dossier patient</b> |
|   |  | <b>Référence : FML-DPA-03</b>          |
| <b>Date de mise à jour : /</b>  |  | <b>Version 00</b>                      |
| <b>Date d'application : 04/01/2023</b>  |  | <b>Page 3 sur 5</b>                    |

notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs, ...).

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Signature :**

|   |  |  |
|---|--|--|
|  <b>CLINIQUE<br/>SAINT-ROCH</b> | <b>Formulaire</b><br><br><b>Demande de dossier<br/>médical d'un patient par<br/>un tiers mandaté(médecin<br/>traitant)</b> | <b>Processus :<br/>Dossier patient</b> |
|   |  | <b>Référence : FML-DPA-03</b>          |
| <b>Date de mise à jour : /</b>  |  | <b>Version 00</b>                      |
| <b>Date d'application : 04/01/2023</b>  |  | <b>Page 4 sur 5</b>                    |

**LISTE DES DOCUMENTS INDISPENSABLES A FOURNIR  
EN FONCTION DE VOS DROITS**

Dans tous les cas, un courrier ou le formulaire de demande doit être adressé au Directeur de l'établissement par courrier recommandé accompagné de toutes les pièces justificatives suivantes listées cas par cas.

**Vous êtes la personne expressément désignée par le patient comme intermédiaire (médecin traitant)**

- la copie recto-verso de votre pièce d'identité nationale
- Et**  l'original du mandat nous autorisant à vous transmettre les données médicales demandées
- Et**  votre nom et votre adresse : .....  
.....  
.....

|   |   |  |
|---|---|--|
|  <b>CLINIQUE<br/>SAINT-ROCH</b> | <b>Formulaire</b><br><br><b>Demande de dossier<br/>médical d'un patient par<br/>un tiers mandaté (médecin<br/>traitant)</b> | <b>Processus :<br/>Dossier patient</b> |
|   |   | <b>Référence : FML-DPA-03</b>          |
| <b>Date de mise à jour : /</b>  |   | <b>Version 00</b>                      |
| <b>Date d'application : 04/01/2023</b>  |   | <b>Page 5 sur 5</b>                    |

**Partie réservée à l'établissement**

Demande complète  oui  non

Pièces manquantes : .....

.....

.....

.....