

## Comment avoir accès au dossier patient\* ?

### 1. Qui peut faire la demande ?

- La personne concernée (le patient),
- Le titulaire de l'autorité parentale pour le dossier d'un patient mineur
- Le tuteur (pour les patients majeurs incapables ou les mineurs placés sous tutelle),
- En cas de décès du patient : les ayants droit, concubin ou partenaire lié par un PACS,  
*Ayant-droit = successeurs légaux du défunt*

### 2. A qui faire la demande ?

Pour les hôpitaux publics, la demande doit être adressée au **Directeur** de l'établissement.

### 3. Modalités d'accès au dossier ?

- Consultation sur place sur RDV, avec ou sans remise de copies des documents.
- Retrait des copies sur place, sur RDV.
- Envoi des copies des documents en RAR à domicile ou au médecin de votre choix.

Frais de délivrance à la charge du demandeur :

0.18€ par feuille copiée du dossier, + les frais d'envoi, au tarif en vigueur.

### 4. Quels sont les délais de transmission (en jours ouvrés) ?

Une fois votre demande complète et valide, vous obtenez la communication de votre dossier au plus tôt le **3<sup>ème</sup> jour** (délai de réflexion de 48 heures obligatoire) et au plus tard dans les **8 jours**. Le délai est porté à **2 mois** lorsque les **informations** remontent à plus de **5 ans**.

**Pour obtenir des précisions  
éventuelles, vous pouvez contacter le  
Secrétariat de Direction**

Du LUNDI au VENDREDI  
de 8h00 à 17h

☎ : 05.63.42.50.07

Mail : [direction@ch-gaillac.fr](mailto:direction@ch-gaillac.fr)

Référence : AFF-143  
N° de version : 1  
Diffusé le : 09/12/2022



CENTRE HOSPITALIER  
DE GAILLAC

## COMMENT ACCEDER A VOTRE DOSSIER PATIENT ?

**Compléter ce formulaire et adresser le,  
accompagné des pièces justificatives  
demandées à :**

Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier  
Avenue René Cassin  
81601 GAILLAC CEDEX

## Identité du demandeur

Mme  M.

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....


Date de naissance : .... / .... / .....


Demeurant .....

.....

Code postal.....

Commune .....

 .....

 .....

## Justificatifs nécessaires (joindre les copies à la demande)

Patient lui-même : Carte Nationale d'Identité recto-verso ou Passeport.

Représentant légal : CNI et livret de famille ou copie intégrale de l'acte de naissance

Tuteur : CNI + ordonnance du juge des tutelles

## *Cas du patient décédé*

Ayant-droit : CNI + acte de décès + justificatif légal du statut d'ayant droit \*\* (copie du livret de famille du patient décédé ou du certificat d'hérédité\*\*)

Concubin/ Partenaire lié(e) par un PACS : CNI + acte de décès + certificat de concubinage ou PACS

**Motif de la demande à remplir**  
systématiquement (un seul motif doit être coché) :  
(Seuls motifs valables de demande d'accès pour un patient décédé)

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir les droits du demandeur

## Informations médicales demandées

### **Période(s) concernées par la demande :**

Du.....au.....

Du..... au.....

Du..... au.....

### **Services concernés par la demande :**

.....

.....

### **Cocher les documents souhaités :**

- Lettre d'adressage
- Compte-rendu de consultation
- Compte rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu d'imagerie ou d'explorations
- Imagerie (clichés, images. ) :  
Préciser lesquelles (date et type).....  
.....
- Observations médicales
- Prescriptions et administrations médicamenteuses
- Dossier transfusionnel
- Résultats des examens de biologie
- Prescription de sortie et ordonnance desortie
- Dossier de soins infirmiers

*NB : toutes les prises en charge ne donnent pas lieu à la production de tous les types de documents ci-dessus*

## Patient concerné

Nom.....

Prénom .....

Nom de jeune fille .....

Date de naissance : .... / .... / .....

Autres informations qui facilitent la recherche du dossier (prénom usuel, nom 1<sup>er</sup> mariage etc....)

.....

.....

## Modalité de communication choisie

### Consultation sur place

Souhaitez-vous la présence d'un médecin ?

Oui  Non

Souhaitez-vous à l'issue récupérer les copies ?

Oui  Non

### Récupération sur place des copies

### Envoi des copies par courrier en R.A.R.

à l'adresse du demandeur

ou

à l'adresse du médecin de votre choix

Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Commune : .....

Frais de délivrance à la charge du demandeur :

0.25 € par feuille copiée du dossier, + les frais d'envoi, au tarif en vigueur.

Gaillac, le.....

Signature du demandeur :