



**DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES
A LA SANTE D'UNE PERSONNE MINEURE (vivante ou
décédée) OU MAJEURE PROTEGEE**

Imprimé à retourner rempli et signé au :
SERVICE D'ACCES AUX DOSSIERS PATIENTS
Hôpital PURPAN – Pavillon SENAC-1^{er} étage-
Place du Docteur Baylac – TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
Ou par messagerie au : sadp@chu-toulouse.fr

IDENTITE DU PATIENT:

Nom : Prénom.....

Nom de jeune fille :

Date de naissance : / /

IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL DEMANDEUR :

Nom : Prénom :

Adresse Postale :

.....
.....

N° Téléphone (domicile et/ou portable) : / / / /

Adresse mail (écrite en majuscule svp):

QUALITE DU REPRESENTANT LEGAL DEMANDEUR :

Titulaire de l'autorité parentale : copies recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité du représentant légal + justificatif de domicile au nom du demandeur, copie du livret de famille complet, et/ou copie de la dernière décision judiciaire (si il y en a une) définissant la situation juridique du demandeur à l'égard du mineur.

Autre à préciser :
Joindre une copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité + justificatif de domicile au nom du demandeur et joindre la décision de justice vous autorisant à bénéficier de ce droit d'accès

Mandataire judiciaire à la protection de la personne majeure : joindre une copie de la dernière décision du juge des tutelles, copie recto/verso de la pièce d'identité du patient en cours de validité, justificatif de domicile au nom du demandeur + pièce d'identité du Mandataire.

LISTE DES INFORMATIONS MEDICALES DEMANDEES :

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de nous préciser :

Le(s) service(s) hospitalier(s) concerné(s)

.....
.....
.....

**DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES
A LA SANTE D'UNE PERSONNE MINEURE (vivante ou
décédée) OU MAJEURE PROTEGEE**

La(es) période(s) :

.....
.....
.....

Pièces souhaitées

- Compte rendu :
 - de consultation
 - d'hospitalisation
 - opératoire
- Imagerie (radios, scanners, IRM...)
- Autres (Préciser)

MODALITES DE COMMUNICATION :

Consultation sur place

Pour toute consultation avec un médecin, le secrétariat du service concerné vous contactera directement afin de vous donner un rendez-vous.

Envoi à mon domicile

Le dossier vous parviendra en recommandé remis contre signature : bien préciser le numéro de la porte, l'étage, l'appartement ainsi que votre numéro de téléphone.

Par l'intermédiaire d'un médecin librement désigné, à savoir :

Docteur :

Adresse complète :

.....
.....

Numéro de téléphone :

Nous vous rappelons que toute reproduction est à la charge du demandeur (Article L1111-7 du Code de la santé publique) et vous sera facturée : (0.18 centimes la copie papier A4, 2.75€ le CDRom ainsi que les frais d'envoi postal)

Une seule copie de dossier sera réalisée et adressée. Tout envoi ou reprographie complémentaire donnera lieu à une nouvelle facturation.

Date :

Signature :