

Imprimé à retourner complété et signé par courrier ou courriel :
SERVICE D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT
Hôpital Purpan – Pavillon Sénac – 1^{er} étage
Place du Docteur Baylac – TSA 40031 – 31 059 Toulouse Cedex 9
sadp@chu-toulouse.fr

Pour toute question, vous pouvez joindre le service d'accès au dossier patient du CHU de Toulouse au 05.61.77.96.85 du lundi au vendredi entre 9 h et 12 h.

IDENTITÉ DU PATIENT :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

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

IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL DEMANDEUR :

Nom : Prénom :

Adresse postale :

.....

Numéro de téléphone (portable et/ou fixe) :/...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

Adresse électronique (en majuscule) :

QUALITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL DEMANDEUR :

Merci de joindre à ce formulaire les éléments indiqués pour chaque qualité :

Titulaire de l'autorité parentale (patient mineur)

- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité ;
- Un justificatif de domicile récent à votre nom ;
- Une copie du livret de famille du patient ;
- Éventuellement une copie de la dernière décision de justice rendue par le juge aux affaires familiales et indiquant votre statut juridique à l'égard du patient.

Personne chargée de l'exercice d'une mesure de protection (patient majeur protégé)

- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité ;
- Un justificatif de domicile récent à votre nom ;
- Une copie de la dernière décision de justice rendue par le juge des contentieux de la protection et indiquant votre statut juridique à l'égard du patient.

- Autre (merci de préciser)**
- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité ;
 - Un justificatif de domicile récent à votre nom ;
 - Une copie de la dernière décision de justice indiquant votre statut juridique à l'égard du patient.

Le Service d'Accès au Dossier Patient du CHU de Toulouse se réserve le droit de vous demander tout autre justificatif.

INFORMATIONS DEMANDÉES :

Afin que votre demande puisse être instruite de la manière la plus adaptée, merci de nous préciser les services et périodes concernées :

En fonction des services et périodes

- Service du/...../..... au/...../.....

Pièces souhaitées pour les services et périodes susvisés :

- Compte-rendu
 de consultation d'hospitalisation opératoire

Imagerie (radios, scanners, IRM...)

Autre (merci de préciser)
.....

Intégralité du dossier patient pour les services et périodes susvisés

MODALITÉS DE COMMUNICATION (merci de ne choisir qu'une option) :

Envoi par courrier à mon domicile

Le dossier patient vous parviendra par courrier recommandé remis contre signature. Veuillez donc à bien préciser votre adresse postale (étage, numéro d'appartement...) ainsi que votre numéro de téléphone.

Consultation sur place

Avec accompagnement médical : Oui Non

Pour toute consultation accompagnée par un médecin du CHU de Toulouse, le secrétariat du service concerné vous contactera afin de vous proposer un rendez-vous.

Par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix

Docteur :

Adresse postale :

.....

Numéro de téléphone :/...../...../...../.....

Nous vous informons qu'une seule copie du dossier patient demandé sera réalisée et adressée gratuitement. Ainsi, toute nouvelle demande sera facturée.

Date :/...../.....

Signature :