

**Imprimé à retourner complété et signé par courrier ou courriel :**  
**SERVICE D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT**  
**Hôpital Purpan – Pavillon Sénac – 1<sup>er</sup> étage**  
**Place du Docteur Baylac – TSA 40031 – 31 059 Toulouse Cedex 9**  
**[sadp@chu-toulouse.fr](mailto: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.

**Merci de joindre à ce formulaire une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité ainsi qu'un justificatif de domicile récent à votre nom**

**IDENTITÉ :**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

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

Adresse postale : .....

.....

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

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

Adresse électronique (en majuscule) : .....

**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 de mon dossier patient pour les services et périodes susvisés

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

**Envoi par courrier à mon domicile**

Votre dossier patient vous parviendra par courrier recommandé remis contre signature.  
Veillez 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 :