

**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 - Place du Docteur Baylac - TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
Ou par messagerie au : sadp@chu-toulouse.fr

N'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité

IDENTITE DU PATIENT:

Nom : Prénom
Nom de jeune fille :
Date de naissance :/...../.....

IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL DEMANDEUR :

Nom : Prénom :
Adresse :
N° Téléphone (domicile et/ou portable) : / / / /

QUALITE DU REPRESENTANT LEGAL DEMANDEUR :

- Titulaire de l'autorité parentale
- Délégué de l'autorité parentale
- Tuteur
- Curateur
- Autre à préciser :

 **Fournir le justificatif de cette qualité (copies du livret de famille, ordonnances du juge aux affaires familiales, du juge des enfants, du juge des tutelles,...)**

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)
.....
.....

La(es) période(s) :
.....

Pièces souhaitées

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

MODALITES DE COMMUNICATION : (ne cocher qu'une seule modalité)

- Consultation sur place**
 - Avec accompagnement médical Oui - Non
 - En présence d'une tierce personne de votre choix Oui - Non

Envoi à mon domicile

Le dossier vous parviendra sous enveloppe sécurisée : bien préciser le numéro de la porte, l'étage, l'appartement

Envoi au médecin de mon choix

Nom et adresse.....
.....

 **Nous vous rappelons que toute reproduction vous sera facturée (0,18 € la copie papier A4, 2.75 € le CD Rom ainsi que les frais d'envoi postal)**

Date

Signature :