



Pour effectuer votre demande de dossier médical, merci de retourner le formulaire au verso, **complété et signé**, soit par courrier à l'adresse suivante : **Service Qualité, Hôpital St Joseph St Luc, 20 quai Claude Bernard, 69365 LYON CEDEX 07**

Soit par mail : [dossierpatient@saintjosephsaintluc.fr](mailto:dossierpatient@saintjosephsaintluc.fr)

**Toute demande de dossier doit impérativement être accompagnée des pièces justificatives** nécessaires au traitement de celle-ci, à savoir :

Le demandeur est :	Pièce(s) justificative(s) obligatoire(s)
Patient (majeur)	- Copie de votre pièce d'identité
Ayant-droit (successeur légal du défunt en cas de décès du patient : héritier, conjoint, légataire universel)	- Copie de votre pièce d'identité (carte d'identité ou passeport) - Copie d'un document légal prouvant votre qualité d'ayant-droit (acte notarié, certificat d'hérédité, livret de famille) - Copie de l'acte de décès
Tuteur	- Copie de votre pièce d'identité - Copie du jugement de mise sous tutelle
Représentant légal (pour un patient mineur)	- Copie de votre pièce d'identité - Copie du livret de famille
Personne mandatée par le patient	- Copie de votre pièce d'identité - Copie de la pièce d'identité du patient - Procuration vous autorisant à effectuer les démarches / récupérer les copies

Conformément à l'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique, seules sont communiquées aux ayants-droit les informations nécessaires pour répondre à l'objet de leur demande. Ces dispositions n'instaurent donc qu'un droit d'accès limitées à celles-ci, et non à l'entier dossier médical. Il appartient à l'équipe médicale d'apprécier si un élément du dossier se rattache à l'objectif invoqué. Cette demande est recevable uniquement pour :

- connaître les causes du décès,
- défendre la mémoire du défunt
- faire valoir vos propres droits

NB : les informations contenues dans le dossier médical d'un patient sont strictement personnelles et confidentielles. Toute tentative pour essayer d'obtenir des informations en dehors des cas mentionnés ci-dessus vous expose à des poursuites (un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende).

Par ailleurs, le dossier peut contenir des informations concernant des tiers, ou recueillies auprès de ceux-ci. Selon la loi, ces informations ne sont en aucun cas communicables.

Délais de transmission :

Le délai de transmission des copies de votre dossier médical est de **8 jours ouvrés pour les dossiers datant de moins de cinq ans (60 jours pour les plus anciens)** et ne courra qu'à compter de la date de réception complète des éléments requis.

Enfin, nous vous informons que le secret professionnel interdit à tout médecin de communiquer un quelconque renseignement à un assureur ou un médecin d'assurance. L'interdiction concerne également l'envoi direct d'un certificat ou d'un extrait de dossier portant sur l'état de santé de l'assuré.



### IDENTITE DU PATIENT ou DE LA PATIENTE

Nom et prénom : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Date de naissance : .....  
Si concerné, date du décès : .....

### IDENTITE DU DEMANDEUR

- Patient(e)  Tuteur(trice)  Représentant légal (patient(e) mineur(e))
- Ayant-droit pour patient(e) décédé(e)
- Tiers mandaté (avocat, médecin traitant...)

### COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Nom et Prénom : .....  
N° de téléphone: .....  
Adresse mail : .....  
Adresse postale : .....  
.....

### MOTIF DE LA DEMANDE (obligatoire) :

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt (ex : réalisation d'un dossier de reconnaissance de maladie professionnelle, ...) :
  - Précisez : .....
- Faire valoir vos propres droits (succession, assurance...) :
  - Précisez : .....

### MODALITES DE LA COMMUNICATION

- Envoi via « Mon Espace Santé »  
Veuillez indiquer votre n° INS : .....
- Envoi postal à domicile ou au médecin de votre choix
- Envoi par mail sécurisé
- Remise en main propre sur rendez-vous
- Consultation du dossier sur place sur rendez-vous en présence d'un médecin de l'hôpital

### RENSEIGNEMENTS UTILES POUR LA RECHERCHE DU DOSSIER

Date ou période d'hospitalisation : .....  
Service / spécialité : .....  
Nom du médecin : .....

### DOCUMENTS DEMANDES

- Pièces essentielles** (cochez les cases correspondant à votre demande) 
  - Compte-rendu d'hospitalisation
  - Compte-rendu opératoire
  - Compte-rendu de consultation
  - Lettre au patient
  - Lettre à correspondant (à médecin traitant, à spécialiste, ...)
  - Avis spécialisés (psychologues (entretien patient), autre spécialité...)
  - Certificats médicaux
  - Imagerie, compte-rendu d'examens paracliniques (EFR, ECG, scan, IRM, écho)
  - Examens biologiques (prise de sang, ...)
  - Examens anatomopathologiques (biopsie, ...)
  - Consentement éclairé signé du patient (scanné ou remis en main propre)
  - Dossier de soins (transmissions infirmières, ...)
  - Observations médicales
  - Ordonnances
- Copie intégrale** comprenant tous les éléments ci-dessus (**sauf ayant-droit** : limitation aux pièces répondant au motif de la demande)
- Autre (préciser) : .....  
.....

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

Signature :

*Par courrier* : à l'attention du service Qualité, Hôpital St Joseph St Luc, 20 quai Claude Bernard, 69365 LYON CEDEX 07

*Par mail* : [dossierpatient@saintjosephsaintluc.fr](mailto:dossierpatient@saintjosephsaintluc.fr)