unisanté
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique · Lausanne

Sous la raison sociale
Policlinique médicale universitaire
et dispensaire central de Lausanne
Route de la Corniche 21
1010 Lausanne

Demande de documents médicaux de la part d'un·e patient·e

Ce formulaire permet aux patientes et aux patients d'Unisanté de demander une copie de documents médicaux ou d'en demander la transmission à un·e médecin ou autre professionnel·le de la santé.

IMPORTANT : Merci de retourner le formulaire ci-dessous complété et signé avec une copie recto verso de votre pièce d'identité par courrier postal ou par courriel à l'adresse suivante :

Unisanté – Policlinique médicale universitaire
Direction médicale
Route de la Corniche 21
1010 Lausanne
direction.medicale@unisante.ch

Une demande sans copie de la pièce d'identité ou sans signature manuscrite ne sera pas traitée

---

Je soussigné·e (EN MAJUSCULE)

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance :..... No AVS : 756._____._____.__

Adresse : .....

NPA – localité - pays : .....

Téléphone :..... Email : .....

Documents demandés :

☐ Copie de l'entier de mon dossier médical

☐ Documents médicaux spécifiques :

- ☐ Rapports de consultation, précisions : .....
- ☐ Rapports de laboratoires, précisions : .....
- ☐ Rapports d'imagerie, précisions : .....
- ☐ Certificats d'incapacité de travail, précisions :.....
- ☐ Ordonnance, précisions : .....
- ☐ Autres à préciser : .....

Par la présente, je demande que les documents mentionnés ci-dessus :

☐ **me soient transmis :**

- ☐ Par mail sécurisé (un code d'accès au mail crypté vous sera envoyé par sms)
- ☐ Soient publiés dans mon Dossier électronique du patient (DEP)

Les patients ne disposant pas d'un accès à internet ont la possibilité de solliciter la remise de leur dossier médical sous format papier ou sur support numérique (clé USB) en main propre. Cette demande doit être adressée à la Direction médicale. Nous encourageons toutefois, dans la mesure du possible, l'utilisation des canaux numériques, qui offrent davantage de rapidité et de sécurité.

☐ **soient transmis au médecin ou professionnel·e de la santé mentionné ci-dessous par mail sécurisé:**

Dans ce cas, j'accepte de délier du secret médical les professionnels de la santé d'Unisanté envers ce tiers.

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

NPA et localité : .....

Téléphone : ..... **Email** : .....

Lieu et date : ..... Signature : .....

Réinitialiser Enregistrer