



FORMULAIRE DE MEDIATION MEDICALE

La médiation médicale a été instaurée au sein des CDU avec comme objectif de faciliter le dialogue et l'information des patients. Pour être recevable, une médiation doit avoir pour objet une plainte ou une réclamation « médicale ».

Article R1112-93 créé par Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 – art.1 JORF 4 mars 2005 : « le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers. »

Identité du patient :

NomPrénom

Date de naissance

Adresse

Identité de la personne souhaitant saisir le médiateur médical :

NomPrénom

Date de naissance

Adresse

Motifs de la saisine :

.....
.....
.....
.....
.....

	OUI	NON	Motifs/Remarques
Souhaitez-vous saisir le médiateur médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souhaitez-vous rencontrer l'équipe Soignante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si besoin, autorisez-vous le médiateur médical à consulter votre dossier médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autorisez-vous le partage de l'analyse de votre prise en charge par la CDU (personnes soumises au secret professionnel mais non médecin) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existe-t-il une procédure civile en cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Date :

Signature