

**LE SOU MEDICAL – GROUPE MACSF (MUTUELLE DU CORPS SANITAIRE FRANÇAIS)**

Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche – TSA 40100 – 92919 LA DEFENSE CEDEX

Tél : 01.71.23.80.51 – Fax : 01.71.23.85.58

Siège social : 1 rue Brunel – 75017 PARIS

**RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS A ADRESSER SOUS PLI FERME AU MEDECIN CONSEIL**

**DECLARATION DE SINISTRE**

**LE SOCIETAIRE**

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 « Informatique et Liberté »

vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur toutes les informations nominatives vous concernant, en écrivant au siège social de la société

NUMERO DE POLICE :

NUMERO DE SINISTRE :

NOM, PRENOM (OU RAISON SOCIALE) : .....

.....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

TEL PERSONNEL : ..... TEL PORTABLE : .....

TEL PROFESSIONNEL : ..... FAX PROFESSIONNEL : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU (DEPARTEMENT OU COMMUNE) : .....

NATIONALITE : .....

PROFESSION :

MEDECIN GENERALISTE  MEDECIN SPECIALISTE  SPECIALITE : .....

CHIRURGIEN DENTISTE  PHARMACIEN  SAGE FEMME

AUTRE PROFESSION DE SANTE  : .....

DATE DE THESE OU DE DIPLOME :

DEBUT D'EXERCICE :

DATE DE QUALIFICATION :

ACTIVITE :

LIBERAL EXCLUSIF

SALARIE HOSPITALIER PUBLIC EXCLUSIF

SANS SECTEUR PRIVE

AVEC SECTEUR PRIVE

SALARIE HOSPITALIER PUBLIC NON EXCLUSIF

SALARIE HOSPITALIER PRIVE :

EXCLUSIF

NON EXCLUSIF

REPLACANT

AUTRES  : .....

LIEU OU FURENT ACCOMPLIS LES ACTES LITIGIEUX :

HOPITAL PUBLIC

CLINIQUE

ETABLISSEMENT PRIVE A BUT NON LUCRATIF

CABINET

DOMICILE DU MALADE

AUTRES : .....

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT : .....

.....

S'IL S'AGIT D'UNE CLINIQUE OU D'UN ETABLISSEMENT PRIVE A BUT NON LUCRATIF, ETES-VOUS :

SALARIE  PROPRIETAIRE  GERANT  ADMINISTRATEUR  AUTRES  : .....

UNE ASSURANCE A-T-ELLE ETE SOUSCRITE PAR LA DIRECTION DE CET ETABLISSEMENT : OUI  NON

SI OUI, QUELLE RESPONSABILITE COUVRE-T-ELLE ? .....

NOM, ADRESSE ET REFERENCES DE L'ASSUREUR : .....

.....

VOTRE RESPONSABILITE PERSONNELLE EST-ELLE COUVERTE PAR CETTE ASSURANCE : OUI  NON

S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL PUBLIC, LES SOINS ONT-ILS ETE DONNES :

EN SERVICE PUBLIC  DANS LE CADRE DE L'ACTIVITE LIBERALE  EN CLINIQUE OUVERTE HOSPITALIERE

# LE PATIENT

**RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS A ADRESSER SOUS PLI FERME AU MEDECIN CONSEIL**

**SOIT VOTRE DECLARATION DE SINISTRE N'INTERVIENT QU'A TITRE CONSERVATOIRE :**  
afin de respecter le secret médical, vous ne devez remplir que les indications ci-après :

INITIALE DU NOM : ..... INITIALE DU PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE : .....

**SOIT IL Y A EU RECLAMATION, PLAINTE PENALE OU ORDINALE, PROCEDURE CIVILE :**  
la communication d'informations nominatives est justifiée par la nécessité dans laquelle vous vous trouvez de vous défendre. Dans ces conditions, nous vous prions de nous fournir les renseignements suivants en fonction des éléments en votre possession :

NOM, PRENOM : .....  
.....  
DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

**A REMPLIR DANS LES DEUX CAS (si possible) :**

NOMBRE D'ENFANTS : ..... AGE : .....  
SITUATION FAMILIALE : .....  
PROFESSION : .....  
SALARIE(E) : OUI  NON  ASSURE(E) SOCIAL(E) : OUI  NON

Le plaignant a-t-il confié ses intérêts à un mandataire ? OUI  NON   
Nom et adresse du mandataire : .....  
.....

Avez-vous été saisi d'une réclamation ? OUI  NON  ECRITE  ORALE   
**Date de la première réclamation :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Une plainte pénale a-t-elle été déposée ? OUI  NON

Avez-vous été :  
Convoqué par la police ? OUI  NON   
Convoqué par le juge d'instruction ? OUI  NON   
Convoqué par des experts ? OUI  NON   
Entendu à titre de témoin ? OUI  NON   
Mis en examen ? OUI  NON

Avez-vous reçu une assignation ? OUI  NON

Etes-vous l'objet d'autres poursuites ? OUI  NON   
Si oui, lesquelles (par exemple : plainte devant le conseil de l'ordre, etc.) : .....  
.....  
.....  
.....

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

**DATE EXACTE DU (OU DES) ACTE(S) LITIGIEUX :** .....

## **HISTORIQUE**

➤ **Affection en cause (nature) :** .....

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

➤ **Date et circonstances des consultations antérieures et de la première consultation concernant les faits déclarés :** .....

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

➤ **Traitements et avis médicaux complémentaires :** .....

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

➤ **Vos constatations cliniques et para-cliniques :** .....

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

➤ **Antécédents (significatifs) :** .....

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

➤ **Décisions prises :**

→ Traitement médical (nature) : .....

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

→ Traitement chirurgical (nature) : .....

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

→ Explorations complémentaires (nature, résultat) : .....

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

→ Avis de spécialistes (identité et résultats) : .....

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

**INFORMATION**

➤ **Quelle est la nature de l'information donnée au patient ?**

→ Sur le rapport bénéfice/risque de l'acte médical ? .....

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

→ Sur ses alternatives ? .....

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

➤ **Quelle preuve pouvez-vous en apporter ? (courriers échangés, notes dans le dossier, consentement écrit, etc.) :**

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

➤ **Quel a été le délai de réflexion du patient avant la réalisation de l'acte ? .....**

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



**GRIEFS DU PATIENT :**

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

**VOTRE VERSION DES FAITS :**

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

**ORIGINE DU DOMMAGE A VOTRE AVIS :**

- Erreur diagnostique ?
- Erreur technique, ou thérapeutique ?
- Défaut de surveillance ?
- Aléa médical ?
- S’agit-il d’un accident ?
  - d’hémovigilance (1)  de matériovigilance (2)  de pharmacovigilance (3)
- Autres ? .....

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

(1) La loi vous fait obligation de le signaler sans délai au correspondant d’hémovigilance de l’établissement dans lequel a été administré le produit.  
 (2) La loi vous fait obligation (sous peine de sanction) de le signaler aux autorités compétentes (Ministère de la Santé Publique si vous exercez en cabinet, correspondant local de matériovigilance si vous exercez en établissement de santé public ou privé)  
 (3) La loi vous fait obligation d’en faire la déclaration immédiate au Centre Régional de pharmacovigilance.

**DOCUMENTS A JOINDRE (PHOTOCOPIES) DANS TOUS LES CAS**

(liste non exhaustive, à ajuster en fonction de la nature de l’acte)

- fiche de consultation du patient
- résultats d’examens complémentaires (biologie, imagerie, anatomopathologie, etc.)
- compte rendu de la consultation anesthésique pré-opératoire éventuelle
- compte rendu d’hospitalisation ou compte rendu de sortie
- comptes rendus opératoires
- documents photographiques antérieurs et postérieurs, si acte esthétique ou plastique
- en cas de complication anesthésique : fiche d’anesthésie pré-opératoire et de visite pré-anesthésique, dossier d’anesthésie
- en cas de complication obstétricale : entier dossier (partogramme, RCF, etc.)
- toutes réclamations écrites ou pièces de procédure
- votre observation chronologique détaillée si le présent questionnaire ne permet pas une synthèse suffisante

**DATE :**

**SIGNATURE :**