



Pôle Patients - Qualité - Offre de soins
CS 20100
38521 Saint-Egrève CEDEX
Téléphone : 04 76 56 43 27
Fax : 04 76 56 45 25
Email : polepatients@ch-alpes-isere.fr

RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

DOSSIER RECU LE

VALIDÉ LE.....

DÉLAI LEGAL DE COMMUNICATION DU
DOSSIER PATIENT

DOSSIER ENVOYÉ LE

NOMBRE DE COPIES

COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT

Informations concernant le demandeur :

NOM : NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

Date de naissance : / /

N° de téléphone :

Email :

Adresse :

.....

Vous agissez en tant que :

- Patient
- Titulaire de l'autorité parentale
- Tuteur
- Ayant droit*
- Médecin
- Mandataire

Si vous avez coché l'une de ces cases,
veuillez compléter le paragraphe qui suit

Informations concernant le titulaire du dossier patient :

NOM : NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

Date de naissance : / /

** Si vous agissez en tant qu'ayant droit et souhaitez avoir accès au dossier patient d'une personne décédée,
veuillez motiver votre demande :*

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt : (veuillez préciser)
- Faire valoir vos droits : (veuillez préciser)

Lorsque la dernière prise en charge date de moins de 5 ans, le dossier est envoyé sous 8 jours (hors samedi, dimanche et jour férié). En revanche, si elle remonte à plus de 5 ans, le délai est porté à 2 mois.

RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Informations concernant la dernière prise en charge du titulaire du dossier patient :

Date (ou année) :

Service (unité ou CMP) :

Nature de la demande :

La demande concerne :

Le(s) compte(s) rendu(s) d'hospitalisation

Une partie du dossier - veuillez préciser :

.....

.....

L'ensemble du dossier

Modalités souhaitées de communication du dossier patient :

Consultation sur place sans remise de copies

Retrait des copies dans le service concerné (avec accompagnement d'un médecin)

Le service vous contactera pour prendre rendez-vous

Envoi postal (lettre RAR)

Si vous souhaitez que le dossier soit envoyé à votre médecin veuillez indiquer son nom et son adresse :

.....

.....

Les frais correspondant aux coûts de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur (0,18 € par copie noir & blanc et coût de l'envoi en RAR selon tarif de la poste en vigueur). Une facture, à régler par chèque à l'ordre du Trésor Public, vous sera adressée par courrier séparé.

Pièces justificatives demandées à l'appui de votre demande :

- Pour **l'ensemble des demandeurs** la photocopie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité
- Pour **le titulaire de l'autorité parentale** un justificatif de son statut (copie du livret de famille)
- Pour **l'ayant droit** un justificatif attestant de sa qualité d'ayant droit* et l'acte de décès
**copie du livret de famille, acte de naissance, acte notarié, certificat d'hérédité, copie du PACS, certificat de vie commune*
- Pour **le tuteur** l'ordonnance du juge des tutelles
- Pour **le médecin désigné comme intermédiaire** un mandat ou une lettre du titulaire du dossier médical attestant cette désignation
- Pour **la personne mandatée** un mandat exprès

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur avoir pris connaissance des frais de copies et d'envoi et atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait le :

Signature :