



Pôle Bénéficiaires de Soins  
CS 20100  
38521 Saint-Egrève CEDEX  
Téléphone : 04 76 56 49 23  
Email : [polepatients@ch-alpes-isere.fr](mailto: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

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 LRAR 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.

#### Informations concernant le demandeur :

NOM : ..... NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOM : .....

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 :

**(NE PAS COMPLÉTER SI LE DEMANDEUR EST LE PATIENT LUI-MÊME)**

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 :*

.....  
.....

**L'ENVOI PAR MESSAGERIE ELECTRONIQUE N'EST PAS POSSIBLE (pour des raisons de confidentialité)**

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 : .....