



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

En vertu de l'arrêt du 26/10/2023 de la CJUE, la première remise de copies est faite à titre gracieuse. Toute nouvelle demande entraînera des frais de 0,18 € par copie et si concerné, le coût d'envoi du 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 : .....