

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL - PATIENT

PATIENT

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse, code postal et ville :

.....

.....

Adresse mail :

Tél :

QUALITÉ DU DEMANDEUR	JUSTIFICATIFS À FOURNIR
☐ Vous êtes le patient	Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité recto verso, passeport, titre de séjour).
☐ Vous êtes le titulaire de l'autorité parentale d'un patient mineur <i>Attention : le mineur peut refuser l'accès à ses informations personnelles médicales lorsque les soins dont il a bénéficié ont été réalisés à sa demande, sans le consentement ou à l'insu de ses représentants légaux.</i>	- Copie de votre pièce d'identité et de celle du mineur, en cours de validité (carte d'identité recto verso, passeport, titre de séjour); - Copie du livret de famille ou décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale.
☐ Vous êtes tuteur d'une personne sous tutelle	- Copie de votre pièce d'identité et de celle du patient, en cours de validité (carte d'identité recto verso, passeport, titre de séjour); - Copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur.

INFORMATIONS DEMANDÉES

☐ Compte-rendu d'hospitalisation/Courrier de sortie du (*précisez la date*)

.....

☐ Compte rendu opératoire du (*précisez la date*)

.....

☐ Les pièces essentielles **du dossier d'hospitalisation** (compte rendu d'hospitalisation, opératoire et d'anatomopathologie, dernière biologie et dernières imageries), *précisez la date*

.....

☐ Les pièces essentielles **de votre suivi spécialisé** (cardiologie, gynécologie...) *précisez la spécialité :*

.....

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL - PATIENT

☐ Autre (à préciser)

☐ Copies de l'intégralité d'un ou plusieurs séjour(s) en particulier :

Service :

- Nom du médecin/chirurgien :
- Séjour du au
- Séjour du au
- Séjour du au

MODALITÉS DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DEMANDÉES

Remise
ou
consultation
du dossier médical



☐ **Format numérique :**

- ☐ Envoi numérique sur votre messagerie de "mon Espace Santé" (gratuit).
- ☐ Envoi numérique au médecin de votre choix (gratuit) :
NOM, prénom du médecin :
Adresse, code postal et ville du médecin :

☐ **Consultation sur place sans remise de copie** (Le/la référent-e prendra contact avec vous pour convenir d'un rendez-vous).

☐ **Format papier** (frais de reproduction gratuits pour la première demande , puis 0.18€ par page en cas de demande de deuxième copie, nouvel envoi, demandes répétées ou abusives, etc.) :

☐ Envoi en recommandé à votre domicile (coût des frais d'envoi par courrier en RAR à votre charge).

☐ Retrait des documents sur place (Le/la référent-e prendra contact avec vous lorsque les documents seront prêts).

☐ Souhait d'un accompagnement médical :

En cas de questionnaire sur votre prise en charge, vous avez la possibilité de solliciter un accompagnement médical. Le cas échéant, en fonction de votre besoin, le médecin responsable de l'information médicale orientera vers le bon interlocuteur médical.

☐ Retrait des documents sur place par une personne mandatée par vos soins. Veuillez joindre une procuration. (Le/la référent-e prendra contact avec vous lorsque les documents seront prêts).

Fait à Le

Signature du demandeur :

DOCUMENT À RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE :

Département D'Information Médicale
Réfèrent.e des demandes de dossiers médicaux
Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble
8 rue du Docteur Calmette CS 10043
38028 Grenoble cedex 1
Ou par mail : ddm@ghm-grenoble.fr