

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER PATIENT**

**A adresser par courrier à :** HOPITAUX Drôme Nord – Direction des Relations avec les Usagers  
B.P. 1002 – 26102 ROMANS SUR ISERE CEDEX

Téléphone : 04 75 05 78 19 - Télécopie : 04 75 05 75 99

**Ou par mail :** [secretariat.dru@ch-hdn.fr](mailto:secretariat.dru@ch-hdn.fr)

**Délai de transmission du dossier** (à partir de la date de réception de la demande) : Art. L 1111-7 du Code de la Santé Publique

- **huit jours** ou au plus tôt 48h (délai de réflexion)

- **deux mois** : si les données médicales datent de plus de 5 ans

**I. IDENTITE DU PATIENT CONCERNE**

Mme  M.

Nom, Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ..... Tél : .....

Adresse : .....

**II. IDENTITE DU DEMANDEUR (si différent du patient)**

Mme  M.

Nom, Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ..... Tél : .....

Adresse : .....

Vous êtes :  le père  la mère  le tuteur  Autres : .....

**III. PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A LA DEMANDE**

**Pour tout demandeur :**  Pièce d'identité recto verso (en cours de validité)

**Pièces complémentaires**

- Pour les représentants légaux d'un mineur :  Justificatif de détention de l'autorité parentale  
→ Livret de famille complet + Grosse de jugement complète
- Pour les représentants d'un majeur protégé :  Justificatif du régime de protection  
→ Grosse de jugement complète ou copie du document du notaire

**IV. DOCUMENTS DEMANDES**

Comptes-rendus d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation

Comptes-rendus de consultation

Comptes-rendus opératoire

Correspondances entre professionnels de santé

Contretypes radiographiques ou CD-ROM et comptes-rendus

Résultats des examens de laboratoire

Protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre

Feuilles de surveillance (suivi des constantes, dossier de soins infirmiers et paramédicaux...)

**OU**

Dossier médical complet **comportant l'ensemble des pièces ci-dessus**

**V. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DOSSIER**

Date du ou des séjours hospitaliers/consultations : .....

Service(s) concernés : .....

Nom du (des) médecin(s) hospitalier(s) (si vous les connaissez) : .....

**VI. COMMENT RETIRER SON DOSSIER MEDICAL ?**

**Le dossier médical original reste la propriété des HDN. En aucun cas nous ne pouvons vous le transmettre. Les copies de votre dossier vous seront facturées pour tout montant supérieur à 1 € (Article L 1111-7 du CSP). Si le paiement est effectué par chèque bancaire, celui-ci doit être établi à l'ordre du Trésor Public.**

Je viens sur place, récupère la copie de mon dossier médical et je règle la facture (copie remise en mains propres au demandeur sur présentation d'une pièce d'identité, au secrétariat de la Direction des Relations avec les Usagers – site de Romans – de 9 h 00 à 15 h 30, du lundi au vendredi - hors jours fériés).

Je ne peux pas me déplacer, **je donne une procuration écrite** à un tiers et ma carte d'identité. Le tiers apportera également sa pièce d'identité.

Je règle la facture au préalable

Je demande l'envoi postal de la copie de mon dossier médical à mon domicile

Je demande l'envoi postal de la copie de mon dossier médical au médecin suivant :  
(Nom, prénom, adresse du médecin) .....

Je désire consulter gratuitement sur place mon dossier médical original (aucun document ne vous sera transmis).

Je ne souhaite pas la présence d'un médecin.

Je souhaite la présence d'un médecin hospitalier. Un rendez-vous auprès du médecin sera proposé : mon n° de téléphone: .....

Si le médecin recommande la présence d'une tierce personne pour la consultation sur place, acceptez-vous ?       OUI       NON

**Tarification : Arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2001**

- 0,18 € la photocopie, format A4, impression noir et blanc
- de 0,78 € à 1,63 € l'unité selon le format contretypé de radio
- 2,75 € le CD-ROM
- frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception

Fait à ..... Le .....

Signature

**Attention, la transmission de données médicales personnelles à des tiers peut vous être préjudiciable (assurance) et appelle à une grande vigilance de votre part.**