	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL A LA DEMANDE DU PATIENT</b>	
	<b>Règlementé par la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.</b>	Date de création : 14/12/2011 Mis à jour le 15/07/2020

## 1. IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Nom de famille (nom de jeune fille) : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Etes-vous placé(e) sous mesure de tutelle :  Oui  Non

Si « oui » préciser s'il s'agit :  d'une tutelle aux biens **ET/OU**  d'une tutelle à la personne

**Pour être recevable, votre demande doit être accompagnée de la photocopie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, permis de conduire...) et le jugement de tutelle le cas échéant.**

## 2. ELEMENTS DU DOSSIER DEMANDES


- Compte(s) rendu(s) d'hospitalisation
  - Dossier médical de votre dernière prise en charge
  - Complet dossier médical depuis votre 1<sup>ère</sup> prise en charge dans l'établissement (*comprenant notamment tous les résultats d'examens para-cliniques, les comptes-rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, les protocoles et prescriptions thérapeutiques, les feuilles de surveillance, les correspondances entre professionnels de santé, le dossier de soins infirmiers, ...etc.*)
- Attention au coût élevé pouvant en découler, merci de bien prendre connaissance des tarifs au verso.**
- Autre, à préciser : \_\_\_\_\_

**Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers ne sont pas communicables (article R1112-2 du code de la santé publique).**

## 3. AIDE A LA RECHERCHE DES ELEMENTS DEMANDES

Selon les éléments demandés précédemment, merci de préciser :

- Date(s) d'hospitalisation, de consultation : \_\_\_\_\_
- Service(s) concerné(s) : \_\_\_\_\_
- Mode d'hospitalisation :  Hospitalisation libre  
 Soins sans consentement

	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL A LA DEMANDE DU PATIENT</b>	
	<b>Règlementé par la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.</b>	Date de création : 14/12/2011 Mis à jour le 15/07/2020

#### 4. MODALITES DE COMMUNICATION SOUHAITEES

- Consultation du dossier sur place, sur Rdv et en présence d'un médecin du service :
- Envoi postal du dossier, en recommandé, à vous-même (à vos frais) :
- Copie du dossier à vous remettre en main propre :
- Envoi du dossier au médecin désigné par vos soins **que vous autorisez à prendre connaissance de votre dossier médical** (à vos frais) :

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

.....

#### 5. FACTURATION

Conformément à la réglementation (article L1111-7 du Code de la Santé Publique), les frais de délivrance des copies ainsi que les frais d'envoi seront à votre charge :

- Coût de reproduction : 0,18 € par feuille
- Copie de clichés, radio, scanners, IRM : 4,50 € par film
- Coût d'un CD-Rom : 2,75 €
- Frais d'expédition en lettre recommandée : selon les tarifs postaux en vigueur.

**Une facture vous sera envoyée ultérieurement par la Trésorerie Principale du CHU de Dijon.  
Le Centre Hospitalier La Chartreuse ne facture pas les dossiers inférieurs à 5€.**

Fait le ....., à .....

**Nom et signature du demandeur :**

**Veillez retourner votre formulaire complété à :**

Centre Hospitalier La Chartreuse  
Direction Générale  
1, boulevard Chanoine Kir  
B.P. 23314  
21033 Dijon Cedex

**OU**

[dossiersmedicaux@chlcdijon.fr](mailto:dossiersmedicaux@chlcdijon.fr)

**Note :** Le délai d'accès aux demandes de dossiers médicaux ne commence à courir qu'à partir de la date de réception de toutes les pièces justificatives.