	DOCUMENT	Code : <b>PEC_DPA ENR 13</b> Version : 2
	<b>DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL À LA DEMANDE DU PATIENT</b>	Page : 1 de 2
		Créé le : 14/12/2011 Mise à jour le : 12/03/2026 Applicable le : 16/03/2026

## 1. IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

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. PRÉCISER LA NATURE DES DOCUMENTS DEMANDÉS

Je souhaite obtenir **uniquement certains documents** (*merci de bien renseigner le point n°3 – page 2 du formulaire*)

les lettre(s) de liaison (*il s'agit d'un compte-rendu qui précise notamment les dates de séjours, le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale, les traitements prescrits à la sortie et la planification des soins à la sortie*)

les observations des professionnels intervenus lors de ma prise en charge


les examens para-cliniques (biologies, ECG, etc.)

autre(s) pièce(s), préciser : .....

Je souhaite obtenir **uniquement certains séjours** (*merci de bien renseigner le point n°3 – page 2 du formulaire*)

Je souhaite obtenir **l'intégralité de mon dossier médical depuis ma 1ère prise en charge** (*comprend 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.*).

**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).**

 <p>CENTRE HOSPITALIER <i>La Chartreuse</i></p>	DOCUMENT	Code : <b>PEC_DPA ENR 13</b> Version : 2
	<b>DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL À LA DEMANDE DU PATIENT</b>	Page : 2 de 2
		Créé le : 14/12/2011 Mise à jour le : 12/03/2026 Applicable le : 16/03/2026

### 3. AIDE À LA RECHERCHE DES DOCUMENTS DEMANDÉS

---

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

### 4. MODALITÉ DE COMMUNICATION SOUHAITÉE

---

- Consultation du dossier sur place, sur Rdv et en présence d'un médecin du service
- Envoi postal du dossier, en recommandé, à vous-même
- 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 :**

Nom Prénom : .....

Adresse : .....

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.