

## Formulaire de demande de communication de dossier médical

(décret n°2002-637 du 29 avril 2002)

### IDENTIFICATION DU DOSSIER MEDICAL

Nom : Nom de jeune fille :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Date d'hospitalisation :  
  
Service : Nom du médecin hospitalier :

### IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :

 :

### QUALITE DU DEMANDEUR

- Patient – *fournir copie pièce d'identité.*
- Représentant légal du mineur, fournir :
- *pièce d'identité du demandeur*
  - *Extrait de naissance du mineur*
  - *copie du jugement TGI pour parents séparés ou divorcés*
- Tuteur du patient sous tutelle - *fournir document justificatif.*

### MOTIVATION DE LA DEMANDE

- suivi médical
- expertise médicale assurance (préciser la date)
- autre (*préciser*) :

(SUITE AU VERSO)

CENTRE HOSPITALIER DE VOIRON  
Cellule de la Communication du Dossier Médical  
BP 208  
38506 VOIRON CEDEX

### PRECISION DE LA DEMANDE

*Certains dossiers médicaux étant très « volumineux », il vous est proposé de sélectionner les éléments « clés » du votre. En ne dupliquant pas (si non indispensables), les éléments très techniques non directement explicites, la facturation des copies sera également restreinte.*

**Formule 1**

- Courrier sortie + Compte rendu opératoire + Compte rendu spécialisé + Compte rendu anatomopathologie
- Certificats
- Autre document spécifique (préciser) :

**Formule 2**

- radiographies (préciser) :

### MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

- Envoi direct de copies au demandeur.
- Consultation sur place en présence d'un médecin de l'établissement.
- Envoi de copies à un médecin traitant désigné comme intermédiaire :

Docteur :

Adresse :

☎ :

### Ⓣ Tarifs de reproduction 2019 à titre indicatif

Copie du dossier médical (à l'unité)	= 0,15 €
Forfait frais d'affranchissement	= 7,45 €
Contretype CD + 18 mois	= 6.00 €
Contretype cliché radiographique A3 et A4	= 5,00 € } pour les images de - 18 mois
Contretype CD Rom	= 10,00 € }

➔ Un minimum de 5,00 euros vous sera facturé correspondant à un forfait frais de gestion.

Note : Pour les documents d'imagerie médicale une facturation séparée sera établie par le service concerné.

**FAIT A :**

**LE :**

**SIGNATURE :**

✉ **A RETOURNER ACCOMPAGNE DES PIECES JUSTIFICATIVES NECESSAIRES A :**

CELLULE COMMUNICATION DOSSIER MEDICAL

Centre Hospitalier de Voiron

BP 208

38506 VOIRON cedex

**Téléphone : 04 76 67 17 85**