|  |  |
| --- | --- |
| *C:\Users\RCugniet\Desktop\petit logoA-CHU-web.png* | **COMMUNICATION DOSSIER MEDICAL** |

**Formulaire patient / Représentant légal / Mandataire**

**Je demande la communication de la copie de mon dossier médical :**

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance : / /

***OU***

**Je demande la communication de la copie du dossier médical de :**

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance : / /

Lien de parenté :

**En ma qualité de :**

**□** Personne en charge d’une mesure de tutelle ou d’habilitation familiale avec représentation **□** Représentant légal d’un mineur **□** Mandataire

**Je choisis :**

* De désigner, en qualité de destinataire des documents médicaux, le Docteur (Nom et adresse précise)
* De recevoir ces informations par envoi postal à mon domicile *(merci de bien indiquer votre adresse au Verso de ce document)*.
* De venir consulter **mon dossier médical** ou **celui de mon enfant mineur** ou **celui du** **patient majeur dont je suis le tuteur légal** sur place auprès du ou des service(s) hospitalier(s) concerné(s) et en présence, si souhaité, d’un médecin hospitalier (*Le médecin de l’hôpital peut recommander, s’il le juge nécessaire, la présence d’un accompagnant médical de votre choix)*.

**Je sollicite** :

* La copie des documents médicaux suivants : ……………………………………………………………………………
* La copie des éléments essentiels du dossier médical

**Renseignements facilitant la recherche du dossier :**

Date (ou année) d’hospitalisation : Services :

Médecin hospitalier ayant assuré la prise en charge :

**Indiquez :**

Votre nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Fait à : Le :

Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements ci-dessus

Signature

**Pièces à joindre :**

**- Dans tous les cas, copie de votre carte d’identité**

- **Pour les représentants légaux d’un mineur,** d’une copie d’un document attestant de votre autorité parentale (livret de famille **complet**, extrait d’acte de naissance avec filiation, jugement, …),

- **Pour les représentant légaux d’un majeur sous tutelle/habilitation familiale avec représentation,** d’une copie du jugement

- **Pour les mandataires,** courrier du patient vous mandatant et copie recto verso de la pièce d’identité du mandataire et du mandant

**Documents à retourner à :**

**1 - Pour les patients du site de Grenoble** : Madame la Directrice Générale DOSSIERS MEDICAUX - C.H.U. de GRENOBLE ALPES - C.S. 10217 38043 GRENOBLE CEDEX 9

* Courriel : [dossierpatientgrenoble@chu-grenoble.fr](mailto:dossierpatientgrenoble@chu-grenoble.fr)

**2 - Pour les patients du site de Voiron** : Cellule communication du dossier médical – SITE DE VOIRON - C.H.U. de GRENOBLE ALPES – C.S. 10217 38043 GRENOBLE CEDEX 9

* Courriel : [Archives-cellule-communication.voiron@chu-grenoble.fr](mailto:Archives-cellule-communication.voiron@chu-grenoble.fr)

**3 - Pour les patients relevant des deux sites,** au choix du demandeur à l’adresse 1 ou 2

**NB**: **s’agissant du site de Grenoble** : si plusieurs services de soins sont concernés par votre demande de communication de dossier médical, vous recevrez autant de courriers qu’il y a de services concernés