

 <p>Clinique des Cèdres Certifiée HAS V2014</p>	DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES A UN DOSSIER DE PATIENT MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ	Diffusion par : Département de l'Information Médicale
	Processus : gestion du système d'information – dossier patient	

IMPRIMÉ à RETOURNER par le DEMANDEUR à l'adresse suivante :
Secrétariat de direction – Clinique des Cèdres
21 Rue Albert Londres, BP 219 – 38432 Echirolles cedex

IDENTITE DU DEMANDEUR ①

NOM DU PERE ② :	NOM DE LA MERE ② :
PRENOMS :	PRENOMS :
ADRESSE :	ADRESSE :
CODE POSTAL :	CODE POSTAL :
VILLE :	VILLE :
TELEPHONE :	TELEPHONE :
E-MAIL :	E-MAIL :

NOM DU TUTEUR ③ :	PRENOMS :
ADRESSE :	CODE POSTAL :
.....	VILLE :

IDENTITE DU PATIENT (MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ)

NOM DE FAMILLE :	
PRENOMS :	
DATE DE NAISSANCE :/...../.....	LIEU DE NAISSANCE :
ADRESSE :	
CODE POSTAL :	VILLE :

Cadre réservé à l'administration	N° IPP :
	N° DOSSIER :

- ①- Joindre une copie de la carte d'identité ou du passeport.
- ②- Joindre une copie du livret de famille.
- ③- Joindre une copie du jugement de tutelle.

Conformément à la loi française (article 27 de la Loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données que nous pourrions être amenés à recueillir.

Pour exercer ce droit adressez-vous à : Clinique des Cèdres – direction des usagers, des risques et de la qualité – 21 rue Albert Londres, BP 219 - 38432 Echirolles cedex

SERVICES DE SOINS FREQUENTES						
DESIGNATION DES SERVICES	PERIODES					
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
DESIGNATION DES PIECES DU DOSSIER PATIENT SOUHAITEES						
<input type="checkbox"/> Totalité du dossier <input type="checkbox"/> Compte rendus de consultation <input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Comptes rendus opératoire <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie <input type="checkbox"/> Correspondances échangées entre professionnels de santé	<input type="checkbox"/> Informations relatives aux soins infirmiers <input type="checkbox"/> Copies des comptes rendus d'examen complémentaires (biologie, radiologie...) <input type="checkbox"/> Autre pièces :					
MODALITES DE COMMUNICAION						
<input type="checkbox"/> Viendra chercher sur place ④ <input type="checkbox"/> Par envoi d'une copie ⑤ : <input type="checkbox"/> à moi-même <input type="checkbox"/> à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées) Nom et prénoms de votre médecin désigné : Adresse : Code Postal : Ville : <input type="checkbox"/> Par communication sur place ⑥ sur rendez-vous Serez-vous accompagné d'un tiers : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						

Fait à :

Le :

Signature :

④- Contre règlement des frais de photocopies conformément à l'article IV de l'arrêté du 5 mars 2004 relatif à l'accès aux informations médicales.

⑤- Envoi des copies par lettre recommandée avec accusé de réception dès réception de votre règlement conformément au devis que vous aurez reçu préalablement.

⑥- Aucune copie ne sera effectuée sur place, mais tous les documents vous seront expliqués par le médecin Directeur de l'Information Médicale.

**DECISION DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER DE PATIENT MINEUR
(CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION)**

<p><input type="checkbox"/> ACCEPTATION <input type="checkbox"/> < 5 ans <input type="checkbox"/> < 5 ans</p> <p>Date de la demande :/...../..... Expertise : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Date de réception du questionnaire :/...../.....</p> <p>Pièces fournies : <input type="checkbox"/> Pièce d'identité <input type="checkbox"/> Livret de famille <input type="checkbox"/> Jugement tutelle</p> <p>Date de la demande du dossier auprès des services :/...../.....</p> <p>Date de la relance du dossier auprès des services : /..... /.....</p> <p>Date de réception du dossier médical :</p> <p>...../...../..... service :/...../..... service :</p> <p>...../...../..... service :/...../..... service :</p> <p>Date de transmission des infirmations demandées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au demandeur :/...../..... • Au médecin désigné/...../..... <p>Date de consultation du dossier patient sur place :/...../.....</p> <p>Date d'envoi du bordereau à la DAF :/...../.....</p>	<p>Enregistrement dans la base</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>Précisions sur le ou les pièces communiquées et les séjours concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossier complet <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre de pièces : • Autres pièces <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre de pièces : 	
<p><input type="checkbox"/> NON ACCEPTATION</p> <p>Date :/...../.....</p> <p>Motifs :</p> <p><input type="checkbox"/> demande irrecevable pour insuffisance de justificatifs</p> <p><input type="checkbox"/> demande irrecevable pour non-conformité de la demande</p> <p><input type="checkbox"/> opposition du mineur (article L1111-5 du code de la santé publique)</p> <p align="center">Date : Signature :</p>	

**FRAIS DE FACTURATION DE LA COMMUNICATION DE PIÈCES DU DOSSIER PATIENT
(CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)**

(Volet destiné à la Direction des affaires financières – Copie à communiquer par le secrétariat médical central au demandeur)

Relevé du nombre de copies

Total des pages _____
Prix de la reproduction _____ X 0.25 € _____

Total A €

Prix de l'expédition (Recommandé avec accusé de réception)

<u>Nom et prénom du demandeur</u> : <u>Nom et prénom du patient</u> : <u>Adresse</u> : <u>Date de communication</u> :

Poids de l'envoi _____ Grammes

Total B €

Total A, B €