



Clinique des Cèdres
Certifiée HAS V2014

DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES A UN DOSSIER DE PATIENT MAJEUR

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 (PATIENT) ①

NOM DE FAMILLE : NOM DE JEUNE FILLE :
PRENOMS : LIEU DE NAISSANCE :
DATE DE NAISSANCE :/...../..... TELEPHONE :
ADRESSE : PORTABLE :
..... E-MAIL :
..... VILLE :
.....
CODE POSTAL :

Cadre réservé à l'administration

N° IPP :

N° DOSSIER :

SERVICES DE SOINS FREQUENTES

DESIGNATION DES SERVICES	PERIODES					
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année

①- Joindre copie de la carte d'identité ou du passeport.

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

MODALITES DE COMMUNICAION

- Viendra chercher sur place ②
 Par envoi d'une copie ③:
- à moi-même à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées)
Nom et prénoms de votre médecin désigné :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
- Par communication sur place ④ sur rendez-vous
Serez-vous accompagné d'un tiers : OUI NON

DESIGNATION DES PIECES DU DOSSIER PATIENT SOUHAITEES

- Totalité du dossier
 Compte rendus de consultation
 Comptes rendus d'hospitalisation
 Comptes rendus opératoire
 Dossier d'anesthésie
 Courrier échangés entre professionnels de santé
 Informations relatives aux soins infirmiers

- Copies des comptes rendus d'examens complémentaires (biologie, radiologie...)
 Autre pièces :
.....
.....

Fait à :

Le :

Signature :

②- 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

③- Envoi des copies par lettre recommandée avec accusé de réception dès réception de votre règlement conformément au devis que vous aurez reçu préalablement

④- 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 MAJEUR
(CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION)**

<input type="checkbox"/> ACCEPTATION <input type="checkbox"/> < 5 ans <input type="checkbox"/> < 5 ans Date de la demande :/...../..... Expertise : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date de réception du questionnaire :/...../..... Pièces fournies : <input type="checkbox"/> Carte Nationale d'Identité <input type="checkbox"/> Passeport Date de la demande du dossier auprès des services :/...../..... Date de la relance du dossier auprès des services : /..... /..... Date de réception du dossier médical :/...../..... service :/...../..... service :/...../..... service :/...../..... service : Date de transmission des informations demandées : <ul style="list-style-type: none"> • Au demandeur :/...../..... • Au médecin désigné/...../..... Date de consultation du dossier patient sur place :/...../..... Date d'envoi du bordereau à la DAF :/...../.....	Enregistrement dans la base <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Précisions sur le ou les pièces communiquées et les séjours concernés : <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 : 	
<input type="checkbox"/> NON ACCEPTATION Date :/...../..... Motifs : <input type="checkbox"/> demande irrecevable pour insuffisance de justificatifs <input type="checkbox"/> demande irrecevable pour non-conformité de la demande <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: auto; margin-right: auto;"> Date : Signature : </div>	

**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 patient</u> : <u>Adresse</u> : <u>Date de communication</u> :

Poids de l'envoi _____ Grammes

Total B €

Total A, B €