



**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 :  
Clinique des Cèdres – Département d'Information Médicale  
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 – Département d'Information Médicale - 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