

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT

*Imprimé à retourner rempli et signé au
Centre Hospitalier Drôme Vivarais - SERVICE DIM – 391 Route des Rebatières 26760 MONTELEGER
ou par mail : support.dim@ch-dromevivarais.fr*

Merci d'accompagner votre demande d'une copie de votre pièce d'identité

IDENTITÉ ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom Date de naissance...../...../.....

Adresse

CP..... Ville..... Tél :/...../...../...../.....

Email :

Motif de la demande (voir au verso) :

Détail du/des séjours(s) concerné(s) par la demande :

<u>Date(s) :</u>	<u>Service(s) concerné(s) :</u>
Séjour du/...../.... Au/...../....
Séjour du/...../.... Au/...../....
Séjour du/...../.... Au/...../....

Éléments du dossier médical souhaités (voir au verso) :

Informations synthétiques

- Lettre de liaison établie à la sortie (incluant les dates de séjours, le diagnostic, le motif d'hospitalisation, les synthèses médicales, le traitement de sortie, les examens complémentaires, les antécédents)
- Ordonnance de sortie

Informations détaillées (si présentes dans le dossier)

- Observations et suivis médicaux
- Courrier d'admission
- Recherches d'antécédents, allergies et facteurs de risques
- Résultats d'examen
- Prescriptions médicamenteuses au cours du séjour
- Observations spécifiques (neurologues, cardiologues, gynécologues,)
- Observations infirmières
- Observations addictologie (ELSA)
- Grilles d'évaluation (Douleur, suicide...)
- Documents relatifs aux soins sans consentement établis lors de la prise en charge (certificats médicaux, décisions et ordonnance du juge)
- Décisions médicales (Isolement et contention)
- Feuilles de surveillances
- Correspondances entre professionnels de santé

Modalités d'accès au dossier médical (voir au verso) :

- Consultation sur place** (gratuit) :
 - Avec accompagnement médical (présence du médecin concerné ou de l'un de ses confrères)
 - Envoi à mon domicile** par lettre recommandée avec accusé de réception (par défaut et gratuit la 1^{ère} fois)
 - Envoi au médecin de mon choix** par lettre recommandée avec accusé de réception (gratuit la 1^{ère} fois)
- Docteur
- Adresse.....
-
- Remise sur place à l'hôpital** (dossier à retirer dans le service concerné) :
- Par la présente, je sollicite la communication de mon dossier médical,**

Date :

Signature :