

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : Patient Tuteur Ayant-droit Représentant légal

Civilité : Mme M.

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél : Domicile:..... Mobile.....

Courriel.....

IDENTITÉ DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité : Mme M.

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Cas particulier : patient décédé le..... (seuls les ayants droits du défunt peuvent faire cette demande)

JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE

Patient : copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité.

Représentants légaux d'un patient sous tutelle : (1) copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient, et (2) copie du jugement de tutelle.

Ayant-droits : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, copie de l'acte de décès et suivant sa qualité:

- Copie du livret de famille (*enfant du défunt ou son époux/épouse*)
- Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (*partenaire du défunt*)
- Certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signée des concubins (*concubin*)
- Et/ou certificat d'hérédité / acte notarié (*héritier autre*)

*La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient de son vivant, s'y est opposé.
Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent¹.*

A cette fin, il est nécessaire d'indiquer le motif de la demande, parmi les trois suivants :

- Connaître les raisons du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir vos droits

Pour les deux derniers motifs (défendre la mémoire du patient, faire valoir vos droits), vous devez détailler votre demande (toute demande incomplète ne pourra être traitée).

Précisez.....
.....
.....

¹ Articles L.1110-4 et L.1111-7 du code de la santé publique, décision CE n°270234.

LES ÉLÉMENTS DU DOSSIER DEMANDÉS (à cocher)

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu opératoire
- Compte-rendu de consultation
- Dossier de soins paramédical
- Résultats d'examens (précisez) :
- Autres pièces (précisez) :
.....
.....

Service concerné par la demande et année de passage :

EHPAD

SMR

DATE DU SEJOUR :

MODALITÉS DE COMMUNICATION

Délai² : les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Tarif³ : les copies sont facturées à 0,20€ l'unité ; l'envoi par courrier postal (LR/AR) est facturé au tarif en vigueur.

Vous souhaitez (à cocher) :

- Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception
- Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone.
- Un envoi à un médecin de votre choix (*frais de copie et envoi postal en LR/AR facturés au tarif en vigueur*)

Précisez ses coordonnées :

.....

- Une consultation sur place (*un rendez-vous vous sera proposé par téléphone*)

Je, soussigné(e), M..... reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

Date :

Signature (manuscrite obligatoire) :

² Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans à compter de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R.1112-7 du code de la santé publique).

³ Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005.