

Demande de communication du dossier patient par un ayant droit d'une personne décédée

Formulaire à retourner au :

Centre Hospitalier du Sud Seine et Marne, Service des Relations Usagers
15 rue des Chaudins 77140 NEMOURS
ou par mail : relation.usagers@ch-sud77.fr

► Je demande le dossier médical de :

Nom de naissance du patient : Prénom(s) :

Nom marital : né(e) le :

Domicilié(e) à

► Identité du demandeur :

Nom de naissance : Prénom(s) :

Nom marital : né(e) le :

Domicilié(e) à

Tel : Mail :

J'exprime cette demande en ma qualité d'ayant droit d'une personne décédée (cocher la case correspondante à votre situation) :

Epoux(se) Pacsé Père-mère Enfant Autre, précisez

Pièces à joindre à votre demande :

- Copie de votre carte nationale d'identité, ou passeport en cours de validité (obligatoire pour tout ayant droit),
- Acte de décès (obligatoire pour tout ayant droit),
- Livret de famille - copies de tous les feuillets remplis et du feuillet vierge qui les suit (si conjoint/enfant/père/mère),
- Contrat de pacs (si pacsé),
- Certificat d'hérédité ou acte ou attestation notarié (si autre situation ou en l'absence de livret de famille si époux(se)/enfant/ père/mère).

► Motif de la demande

IMPORTANT : Le droit d'accès de l'ayant droit **est plus limité** que celui dont dispose le patient lui-même puisqu'il vise à ne répondre qu'aux trois motifs suivants uniquement (article L1110-4) :

- 1) Connaître les causes du décès,
- 2) Défendre la mémoire du défunt,
- 3) Défendre ses droits

En dehors du motif « Connaître les causes du décès » qui se suffit à lui-même, « le demandeur doit ainsi impérativement préciser les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu'il souhaite faire valoir, afin de permettre à l'équipe médicale d'identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l'objectif correspondant (CADA, n°20122968, 13 septembre 2012). »

J'exprime cette demande car je souhaite :

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt - **Expliquez précisément votre demande :**

.....
.....
.....

Défendre mes droits - **Expliquez précisément votre demande :**

.....
.....
.....
.....

► **Renseignements facilitant la recherche des informations médicales**

SITE(S) CONCERNE(S) : Fontainebleau Montereau-Fault-Yonne Nemours

Date(s) d'entrée	Date(s) de sortie	Service(s) d'hospitalisation ou de consultation

► **Modalités de communication des documents**

- Consultation sur place en présence d'un médecin** (sur le site concerné sur RDV) – *gratuit*
- Retrait sur place** (aux admissions du site concerné) - *cf. frais de communication*
- Envoi postal** – envoi simple - *cf. frais de communication*
- Envoi postal** – envoi recommandé avec accusé de réception - *cf. frais de communication*

Envoi : à moi-même ou à un médecin

Nom et prénom du médecin :

Adresse :

*Les informations demandées ont été constituées depuis moins de 5 ans : les documents vous seront communiqués dans un délai de 8 jours.
Les informations demandées ont été constituées depuis plus de 5 ans : les documents vous seront communiqués dans un délai de 2 mois.
Dans tous les cas, vous devrez attendre 48 heures après réception de votre demande. Ce délai de réflexion est imposé par la loi.*

Frais de copie et de communication :

Conformément à l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique, la reproduction des documents vous sera facturée. En revanche, la consultation sur place (sans reprographie) est gratuite.

- Photocopie A4 : 0,18 € (la feuille)
- Photocopie A3 : 0,40 € (la feuille)
- Cliché radio petit format : 0,45 €
- Cliché radio moyen format : 1,60 €
- Cliché radio grand format : 3,40 €
- Scanner sans CDROM : 1,50 €
- Scanner/IRM CDROM : 2,75 €
- Mammographie 8*/10 : 3 €
- Mammographie 10*/12 : 4 €
- Pochette examen : 0,50 €
- Frais d'envoi recommandé : minimum 4,46 €

► **Attestation**

Je soussigné(e) **M, Mme**,

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus,
- accepte de prendre en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé.

DATE :

SIGNATURE :

Réservé à l'administration :

Je soussigné(é)

demeurant au :

reconnait avoir reçu ce jour, en main propre, les documents du dossier patient relatifs à cette demande.

Le : Signature :

Pour tout renseignement : 01 64 45 19 06

Cadre réglementaire : Loi 2002-303 du 4 mars 2002 – Arrêté du 5 mars 2004 ; Décret 2006-6 du 4 janvier 2006 ; Arrêté du 3 janvier 2007 ; Articles L1111-7, L1110-4 et R 1111-7 du C.S.P. loi 2016-41 du 26 janvier 2016