

### 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 : ..... Portable : .....  
 Mail : .....

### IDENTITÉ DU PATIENT CONCERNÉ 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 À JOINDRE À LA DEMANDE

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

**Titulaire de l'autorité parentale d'un patient mineur** :  Père  Mère  
 Vivant ensemble  Séparés

- une copie de votre pièce d'identité (carte d'identité, passeport)
- une copie du livret de famille
- l'ordonnance du juge aux affaires familiales, en cas de divorce ou séparation

**Représentants légaux d'un patient sous tutelle** : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient, et 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  
 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-droits d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent (1).**

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, vous devez détailler votre demande (toute demande incomplète ne pourra être traitée).

Précisez :

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

## LES ÉLÉMENTS DU DOSSIER DEMANDÉS (à cocher)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation<br><input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire<br><input type="checkbox"/> Compte-rendu de consultation<br><input type="checkbox"/> Dossier de soins paramédical<br><input type="checkbox"/> Résultats d'examens (précisez) : .....<br>..... | Imagerie médicale (précisez) : <input type="checkbox"/> compte-rendu<br><input type="checkbox"/> CDROM.....<br><input type="checkbox"/> Autres pièces (précisez) : .....<br><input type="checkbox"/> Intégralité du dossier. Précisez la date du (des)<br>séjour(s) : .....<br>..... |
|---|--|

Service(s) concerné(s) par la demande et année de passage :  
 .....  
 .....

## MODALITÉS DE COMMUNICATION

**Délai (2) :** un délai de réflexion de 48h doit être observé à la réception de la demande. Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours. Les dossiers de plus de 5 ans ou si la CDSP est saisie dans un délai de 2 mois maximum, à compter de la réception de la demande complète.

**Tarifs (3) :**

Première demande	gratuite
Tarif unitaire - photocopie par page A4	0.18€
Tarif unitaire - photocopie par page A3	1.00€
Frais d'envoi des copies de documents	6.00€
Radiographie grand format	3.80€
Radiographie petit format	2.00€

**Vous souhaitez (à cocher) :**

Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception

Une remise en main propre sur place

En cas d'impossibilité de me déplacer, j'autorise :

M.       Mme (nom, prénom) : .....

Né(e) le..... à récupérer le dossier à ma place.

La personne mandatée devra apporter sa pièce d'identité et celle du patient.

Un envoi à un médecin de votre choix (frais de copie et envoi postal LR/AR facturés au tarif en vigueur) Précisez ses coordonnées : .....

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

**Je soussigné, M./Mme,.....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) :**

Le service des relations avec les usagers reste à votre écoute pour toute information relative à la demande d'accès au dossier médical.

3) 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, pour une période de 10 ans à compter de la date de décès, pour un patient mineur au moins jusqu'à son 28ème anniversaire et 30 ans en cas de transfusion sanguine (article R.1112-7 du code de la santé publique). Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005.