



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR L'AYANT DROIT

IDENTITE DU PATIENT DECEDE :

NOM : Prénom :
Date de naissance : ___/___/___ Lieu de naissance

IDENTITE DU DEMANDEUR : (enfant, conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin)

NOM : Prénom :
Date de naissance : ___/___/___ Lieu de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : ___/___/___/___/___ Adresse e-mail :

MOTIF DE LA DEMANDE : Sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, et conformément aux dispositions de l'article 2 de l'Arrêté du 3 janvier 2007, **seuls vous serez communiqués les éléments nécessaires** du dossier médical qui vous permettront de répondre au motif que vous indiquerez ci-dessous :

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt (***à justifier***)
- Faire valoir un droit (***à justifier***)

PIECES SOUHAITEES :

Dates d'hospitalisation(s) et/ou de consultation(s) & service(s)/médecin(s) concerné(s) :

<u>DATES</u>	<u>SERVICE(S)</u>	<u>MEDECIN(S)</u>

Vous souhaitez (cochez les pièces souhaitées) :

- Compte-rendu de consultation
- Lettre de sortie ou Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu opératoire
- Observations des Urgences
- Compte-rendu d'examen (ex : imagerie, anatomopathologie, ECG, endoscopie)
- Imagerie (radiographies, scanners)
- Autre pièce (***veuillez préciser***) :



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR L'AYANT DROIT

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL :

- Remise de copies en main propre **sur RDV uniquement** à la Cellule Juridique Usagers (C.J.U.)
- Envoi des copies en courrier recommandé avec accusé de réception
- Consultation du dossier médical sur place **(sur RDV uniquement)**
 - seul(e) en présence du Responsable de la C.J.U.
 - accompagné(e) d'une tierce personne: -----
 - accompagné(e) d'un médecin : -----

.PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE :

- Une copie recto verso de votre carte d'identité valide, du passeport ou du permis de conduire
- Une copie de l'acte de décès du patient

pour les enfants et le conjoint non divorcé :

- Une copie du livret de famille

pour les autres ayants droit :

- Une copie du livret de famille
- Un certificat d'hérédité délivré par la mairie ou acte notarié



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR L'AYANT DROIT

NOTE D'INFORMATION

DELAÏ DE COMMUNICATION DU DOSSIER :

Le délai de communication du dossier médical est de 8 jours à compter de la réception de votre demande accompagnée de toutes les pièces justificatives par la Cellule Juridique Usagers. Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales remontent à plus de 5 ans. Un délai de 48 heures doit être respecté pour toute demande. La copie de votre dossier ne pourra pas vous être délivrée avant l'expiration de ce délai.

FACTURATION :

Conformément à la réglementation en vigueur, le Centre Hospitalier MONOD vous informe que seule la consultation du dossier sur place est gratuite. Les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur selon le tableau ci-dessous :

Frais de reproduction :

DOCUMENT	COÛT A L'UNITE
Photocopie A4	0.20 €
Copie d'une radiographie sur livret	1.52 €
Copie d'une radiographie/examen sur Cédérom	3.35 €

Frais d'expédition :

Les frais d'expédition sont conformes au tarif en vigueur appliqué par la Poste pour les Lettres Recommandées avec Accusé de Réception (LRAR). Le courrier sera envoyé à compter de la réception de votre règlement.

COMMUNICATION DU DOSSIER :

Le Centre Hospitalier MONOD tient à rappeler que les informations contenues dans le dossier médical du patient décédé dont vous faites la demande sont strictement personnelles et confidentielles. L'ayant droit demandeur doit lui-même remplir et signer ce formulaire.

Si vous êtes dans l'impossibilité de vous déplacer à la Cellule Juridique Usagers, vous pouvez autoriser un tiers à venir retirer la copie du dossier médical à condition de rédiger un mandat exprès à cet effet et de fournir une copie de votre pièce d'identité ainsi que celle du mandataire.

Pour toute information utile ou complémentaire, merci de vous adresser à : Cellule Juridique Usagers, Centre Hospitalier MONOD, Rue Eugène Garnier, 61104 FLERS Cedex ou au 02.33.62.60.94. ou à l'adresse e-mail à cju@ch-flers.fr.

Je soussigné(e), avoir pris connaissance des modalités d'accès au dossier médical par l'ayant droit et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. J'accepte de prendre à ma charge les frais de reproduction et le cas échéant, les frais d'envoi en recommandé.

Fait à : **Le** ___/___/___ **Signature du demandeur :**

Formulaire à retourner dûment complété et signé à :

**Cellule Juridique Usagers
Centre Hospitalier MONOD
Rue Eugène Garnier
61104 FLERS Cedex**