CENTRE HOSPITALIER
DU SUD SEINE ET MARNE
FONTAINEBLEAU • MONTEREAU-FAULT-YONNE • NEMOURS

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** : .....
Nom marital :..... né(e) le : .....
Domicilié(e) à .....
.....

Identité du demandeur :

Nom de naissance : .....**Prénom** : .....
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) :

❑ Conjoint ❑ Pacsé ❑ Père-mère ❑ Enfant ❑ Autre, précisez .....

Pièces à joindre à votre demande :
- Copie de votre carte d'identité (obligatoire pout tout ayant droit)
- Acte de décès (obligatoire pout 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)

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 d'entrée	Date de sortie	Service d'hospitalisation ou de consultation

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 €

Modalités de communication des documents

☐ **consultation sur place en présence d'un médecin** (sur le site concerné sur RDV) – ***gratuit***

☐ **remise de copie sur place** (aux admissions du site concerné) – ***payant***

☐ **envoi postal** – recommandé accusé de réception ***payant***

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.

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 :**

Pour tout renseignement : 01 64 45 19 06 ou 01 64 31 65 10

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, Article L 1111-7 ? L1110-4 et R 1111—7 du C.S.P. loi 2016-41 du 26 janvier 2016