



#### PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Demande réceptionnée à la date du ..... satisfaite le ..... = ..... j  
Effectuée par  patient  tuteur  Ayant droit patient DCD  concubin  PACS  
 personne mandatée par le patient -  
Accès par :  consultation sur place  
 réalisation copies : adressées  domicile  médecin désigné

## FORMULAIRE

**Coordonnées du demandeur** (patient ou personne mandatée par ce dernier, ou tuteur, ou parent titulaire de l'autorité parentale, ou ayant droit du patient décédé)

Je soussigné(e) (nom-prénom et nom de jeune fille de cas échéant en LETTRES CAPITALES) .....

Né(e) le ..... Téléphone .....

Domiciliée(e) .....

### Sollicite la communication des informations contenues dans le dossier médical

Etabli à la suite de l'hospitalisation dans le service de .....

A la date du .....

Information(s) souhaitée(s) .....

**me concernant** (joindre une copie d'une pièce d'identité recto et verso et ne pas répondre ci-dessous et passer au verso)

**de M** ..... né(e) le .....

**En ma qualité de :**

**tuteur**

(joindre une copie de la pièce d'identité du demandeur recto et verso et un justificatif de l'exercice de la tutelle)

**ayant-droit d'une personne décédée** (joindre une copie de la pièce d'identité du demandeur recto et verso et un certificat d'hérédité)

**concubin**

**pacs**

**Motif de la demande (mention obligatoire)** (conditions d'accès énumérées à l'article L.1110-4 du code de la santé publique) :

Faire valoir ses droits

Connaître les causes du décès du patient

Défendre la mémoire du défunt, précisez le motif

Ce motif doit répondre aux conditions fixées par la réglementation. Dans le cas contraire, le médecin peut opposer un refus motivé. Dans cette situation, un certificat médical ne comportant pas d'informations couvertes par le secret médical, pourra être délivrée au demandeur (article 7 du décret n° 2002-637). Dans cette optique, **l'ayant droit d'une personne décédée ne peut obtenir la totalité des éléments du dossier médical**, mais uniquement les informations lui permettant de répondre à sa demande motivée, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (article L.1110-4 du code de la santé publique)

**En ce qui concerne les modalités de communication, je souhaite :**

**consulter sur place ces informations** (la pièce d'identité devra être produite le jour de la consultation) :

seul(e)

avec un accompagnement médical par un praticien du service concerné

*La consultation est gratuite, par contre les copies qui pourront être demandées à cette occasion seront facturées selon les tarifs en vigueur au centre hospitalier. Ces copies seront ensuite transmises selon les modalités mentionnées ci-après. Cette consultation s'effectue sur rendez-vous. La secrétaire du service concerné prendra contact avec le demandeur afin de fixer un rendez-vous à sa convenance.*

**obtenir des copies de ces informations**

qui me seront adressées à mon domicile, moyennant des frais de délivrance (coût de reproduction 0,19€ la copie et frais d'envoi en recommandé simple) selon les tarifs en vigueur au sein du centre hospitalier, un avis de somme à payer vous sera adressé, le règlement sera à établir par chèque à l'ordre du TRESOR PUBLIC).

**que ces informations soient transmises au médecin désigné ci-après** (étant précisé que je recevrai ultérieurement la facture correspondant aux frais de délivrance (coût de reproduction et frais d'envoi en recommandé simple), selon les tarifs en vigueur au sein du centre hospitalier de Saint Astier :

Docteur .....

Adresse .....

.....

Fait le : ..... A : .....

Signature .....



*Conformément à l'arrêté du 5 mars 2004, modifié par l'arrêté du 3 janvier 2007, portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, il est précisé, à toutes fins utiles, que les informations contenues dans un dossier médical revêtent un caractère strictement confidentiel et qu'il vous appartient de prendre toutes les précautions d'usage vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).*

Formulaire à retourner dûment complété et accompagné des pièces justificatives à :

Monsieur Le Directeur  
Centre Hospitalier  
Avenue Maréchal Leclerc  
24110 SAINT ASTIER