



IMPRIME

Demande d'accès au dossier médical d'un patient décédé

Diffusion par :
PACQ - DUSPPI

Processus : MGT-CHU-Gestion des droits et relations usagers\Gérer les demandes de dossier patient

**IMPRIMÉ à RETOURNER par le DEMANDEUR à l'adresse suivante :
Secrétariat médical central - Communication du dossier patient
Hôpital Nord Laënnec, 44093 Nantes Cedex 1**

IDENTITE DU DEMANDEUR ①

NOM DE FAMILLE : TELEPHONE :
PRENOMS : E-MAIL :
ADRESSE:
.....
.....
VILLE : CODE POSTAL :

QUALITE DU DEMANDEUR

Ayants-droit

- Epoux, Epouse ②
- Enfants ②
- Père, mère, représentant légal d'un enfant mineur②
- Autres ayants droits ③ (héritiers, bénéficiaires d'une assurance décès...)
- Partenaire de PACS ou concubin ④

IDENTITE DU PATIENT DECEDE

NOM DE FAMILLE : ADRESSE:
.....
NOM DE JEUNE FILLE :
PRENOMS :
DATE DE NAISSANCE :/...../..... VILLE :
LIEU DE NAISSANCE : CODE POSTAL :
DATE DU DECES :/...../.....

Cadre réservé à l'administration

N° IPP :

- ① - Joindre copie de la carte d'identité, passeport ou permis de conduire.
- ② - Joindre copie du livret de famille (ou copie du certificat d'hérédité) et une copie de la décision du juge des affaires familiales en cas de séparation ou de divorce.
- ③ - Joindre copie de l'attestation du notaire ou du contrat d'assurance.
- ④ - Joindre une copie du certificat de PACS, certificat de concubinage ou preuve de vie commune avec attestation sur l'honneur

Conformément à la loi française (article 27 de la Loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données que nous pourrions être amenés à recueillir. Pour exercer ce droit adressez-vous à : CHU de Nantes - direction des usagers, des services aux patients et des partenariats innovants - 5 allée de l'île Gloriette – 44093 Nantes cedex 1.

MOTIF DE LA DEMANDE
A remplir uniquement pour les patients majeurs
1 seul choix possible

1. Connaître les causes du décès
 2. Défendre la mémoire du défunt
 3. Faire valoir les droits des ayants droits

Pour les deux derniers motifs, vous devez impérativement motiver votre demande de façon détaillée. L'équipe médicale déterminera les éléments du dossier médical qui répondent à ce motif. Seuls ces derniers pourront vous être transmis, il est donc important de bien expliquer les raisons de votre demande.

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

MODALITES DE COMMUNICATION

- Viendra chercher sur place ①
 Par envoi d'une copie ②:
 à moi-même OU à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées)

Nom et prénoms de votre médecin désigné :

Adresse :

Code Postal : Ville :

- Par communication sur place ③ dans le service de prise en charge sur rendez-vous

Serez-vous accompagné d'un tiers : OUI NON

En cas de prise en charge en psychiatrie, la consultation des informations recueillies dans le cadre de soins sans consentement peut être subordonnée à la présence d'un médecin. Dans ce cas, préciser les coordonnées, nom et prénoms du médecin que vous désignez :

.....
.....

A noter que le refus de transmission directe entraîne la saisine de la Commission départementale des soins psychiatriques. Son avis s'impose.

Fait à Le : Signature :

- ①- Si les pièces ne sont pas retirées dans notre service dans un délai d'un mois après notre appel, elles vous seront envoyées à l'adresse indiquée en première page, par courrier en recommandé avec accusé de réception et facture (à votre charge).
②- Envoi des copies par lettre recommandée et facturées au demandeur selon le tarif ci-annexé.
③- Aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier en recommandé avec accusé de réception et facture.

COMMUNICATION D'UN DOSSIER DE PATIENT DECEDE (CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION)

<5 ans > 5 ans

Pièces fournies : Pièce d'Identité Livret de famille Jugement tutelle
 Attestation Notaire Décision du juge des affaires familiales
 PACS Certificat de concubinage
 Autre :

Date de réception du dossier médical :

...../...../..... service : /...../..... service :

FRAIS DE FACTURATION DE LA COMMUNICATION DE PIÈCES DU DOSSIER PATIENT (CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

(Volet destiné à la Direction des affaires financières – Copie à communiquer par le secrétariat médical central au demandeur)

Nombre de copies

Nombre de pages non facturables _____

Nombre de pages facturables _____

Prix de la reproduction _____ X 0,18 €

Total A €

Cédérom

Reproduction de cédérom _____ X 2,75 €

Non Facturable **Total B** €

Photographies / Planches

_____ X 1,85 €
Total C €

Mise à disposition des éléments du dossier

- Remise gracieuse Remise en mains propres Non facturable
 Révision du coût (Accord DUSPPI) Restitution imagerie personnelle Envoi en colissimo

Poids de l'envoi _____ Grammes **Total D** €

Nom et prénom du patient :
.....

Date de naissance :
.....

Nom et prénom du demandeur :
.....

Adresse :
.....
.....
.....

Total A, B, C, D €

Date de communication :

Service :

Code UF :