



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER MEDICAL POUR UNE PERSONNE DÉCÉDÉE

Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :

CHRU de Nancy
Service Accès Dossier – Hôpitaux de Brabois
S A M A D
Rue du Morvan
54500 VANDOEUVRE LES NANCY

En tant qu'ayant droit, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité d'une personne décédée vous pouvez avoir accès pour certains motifs et à des informations sur le contenu de son dossier médical. Afin de répondre à votre demande, nous vous demandons de bien vouloir compléter ce formulaire et le retourner à l'adresse indiquée ci-dessus.

I – RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES RELATIFS AU DEMANDEUR

Je soussigné(e) Madame Monsieur

NOM.....

Prénom(s) :

NOM de naissance :

Né(e) le :

À :

Département Pays.....

Adresse personnelle :

Téléphone :

E- mail :

DEMANDE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT DECEDE SUIVANT :

Madame Monsieur

NOM.....

Prénom(s) :

NOM de naissance :

Né(e) le :

À :

Département Pays.....

II – MOTIFS DE LA DEMANDE

Connaître les causes du décès du patient. A préciser :

.....

Défendre la mémoire du défunt. A préciser :

.....

Faire valoir vos droits. A préciser (droit à pension, droit à assurance, réparation d'un préjudice, ..) :

.....

.....

Conformément à la réglementation en vigueur , seuls vous seront communiqués les éléments du dossier patient vous permettant de répondre au(x) motif(s) invoqué(s) ci-dessus.

III –QUALITE DU DEMANDEUR - AYANT DROIT

Je joins à ma demande

Un des justificatifs d'identité suivants: *en cours de validité (obligatoire)*

- Copie **recto-verso** de ma carte nationale d'identité
- Copie de mon passeport
- Copie de mon permis de conduire

Ainsi que les documents prouvant ma qualité d'ayant droit (*obligatoire*), de concubin de partenaire lié par un pacte civil de solidarité

1-Pour les ayants- droits

a. La notion d'ayant droit englobant tous les successeurs légaux de la personne décédée (arrêté du 3 janvier 2007, JO 16 janvier 2007), merci de préciser votre qualité

- conjoint
- Frère-sœur
- Mère/Père
- enfant
- Autre parent
- Autre (A préciser)

b. Fournir le justificatif de cette qualité (livret de famille, acte notarié, attestation notariale, certificat d'hérédité, contrat particulier)

- Pour le conjoint et les enfants du défunt :
 - Acte de décès
 - ET Copie intégrale de votre acte de mariage (moins de 3 mois)
 - OU Copie intégrale de votre acte de naissance (moins de 3 mois)

Pour les autres successeurs légaux :

Acte de décès ;

ET Acte de notoriété ou certificat d'hérédité

OU Autre : A préciser (ex : contrat particulier)

2 -Pour les partenaires liés par un pacte civil de solidarité

Acte de décès ;

ET Copie intégrale de votre acte de naissance (moins de 3 mois)

3 -Pour les concubins

Acte de décès ;

ET Certificat de concubinage

OU tous justificatifs de nature à démontrer le caractère stable et notoire de votre vie commune avec la personne décédée (ex ; quittances de loyer, factures d'électricité, attestations)

Sans copie de ces documents justificatifs demandés, aucune demande ne pourra être traitée.

IV - RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE

- **Je souhaite avoir communication des pièces du dossier médical correspondant au(x) séjour(s) suivants :**

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation			Service(s) d'hospitalisation ou de consultation	Chef de service	Sites (Brabois, Central, Saint-Julien, Maternité Régionale, Emile Gallé)
Du (JJ/MM/AA)	Au (JJ/MM/AA)				

- **Je demande communication des documents médicaux suivants :**

- L'intégralité du dossier médical correspondant au(x) séjour(s) précisé(s) ci-dessus
- Les Courriers médicaux et comptes rendus d'hospitalisation et comptes rendus opératoires
- Les clichés radiologiques (radio, scanner, irm)
- Les Informations relatives aux soins infirmiers
- Autres, à préciser :

V – MODALITES DE COMMUNICATION.....

- Je souhaite consulter ce dossier dans le service de prise en charge concerné sur RDV** (dans la limite des documents auxquels j'ai droit, copies possibles à l'issue)

Nota Bene : aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier recommandé avec accusé de réception et facture

- Je souhaite consulter ce dossier au service « accès dossier » du CHRU sur RDV** (dans la limite des documents auxquels j'ai droit, copies possibles à l'issue)

Nota Bene : aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier recommandé avec accusé de réception et facture

- Je souhaite les copies du dossier médical sous la forme suivante :**

- Remise des copies en mains propres sur présentation de ma pièce d'identité au service « accès dossier » du CHRU de Nancy

A moi-même sur présentation de ma pièce d'identité

A la personne désignée ci-dessous :

J'autorise : Madame

Monsieur

Nom.....

Prénom.....

Date de

naissance :.....

Adresse.....

Téléphone.....

à retirer en mon nom, les copies du dossier concerné, au service « accès dossier » du CHRU de Nancy, sur rdv (cette personne devra produire sa carte d'identité).

Signature du demandeur

Signature de la personne désignée

- Envoi des copies des informations demandées par voie postale en recommandé AR

à mon adresse postale (complétée ci-dessus)

au médecin que j'ai désigné : (précisez les coordonnées) :

Dr

Adresse

Nota Bene : si les pièces ne sont pas retirées dans notre service dans un délai d'un mois après notre appel, elles seront envoyées à votre adresse et facturées

VI – ATTESTATION

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.

DATE : / /

SIGNATURE DEMANDEUR

Document à adresser complété et signé avec les copies des documents obligatoires à l'adresse suivante :

**CHRU de Nancy
Service Accès Dossier – Hôpitaux de Brabois
S A M A D
Rue du Morvan
54500 VANDOEUVRE LES NANCY**

IMPORTANT :

Le présent formulaire est établi conformément aux dispositions des articles L 1110-4, L 1111-7, L 1112-1, R 1111-1 et R 1111-8 du Code de santé Publique qui régissent l'accès aux informations contenues dans le dossier médical d'un patient décédé.

A cet égard, il est également rappelé qu'en vertu :

- de l'article L 1110-4 du CSP , les informations concernant une personne décédée sont délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, que dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1

- de l'article L 1111-7 du CSP, la communication des informations demandées doit être obtenue au plus tard dans les 8 jours de sa réception lorsqu'elles datent de moins de 5 ans , et au plus tard dans les 2 mois dans les autres cas.

Vous êtes informé (e) que les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent formulaire font l'objet d'un traitement à destination des seuls personnels de l'établissement afin de faciliter le suivi et traçabilité des demandes « d'accès dossier ».

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction Générale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de NANCY- 29 avenue de Lattre de Tassigny, 54000 NANCY.