

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS DE SANTE D'UN PATIENT DECEDE PAR UN AYANT - DROIT

DEMANDEUR :

NOM :
 Nom de naissance :
 Prénom :
 Né(e) le :

Adresse :
 CP : Ville :

Tél :
 Adresse mail :

PATIENT DECEDE :

NOM :
 Nom de naissance :
 Prénom :
 Né(e) le :

Lien de filiation : ☐ père/mère
☐ enfant ou descendant
☐ femme/mari
☐ frère/sœur

Précisions concernant la demande

Relative à une (des) consultation(s) ou hospitalisation(s):

- En date du
- Dans le(s) service(s) de soins suivant(s) :
- Nom du/des médecin(s) hospitalier(s) :

Je précise obligatoirement le motif de la demande :

- ☐ Connaître les causes du décès (assurance, autre...).....
- ☐ Défendre la mémoire du défunt (préciser le contexte, dans quel cadre...).....
- ☐ Faire valoir ses droits (succession, quels droits, ...).....
- ☐ Obtenir des informations en cas d'examen génétique au sein d'une famille.....

IMPORTANT

De son vivant, le patient peut avoir émis un refus de transmission de son dossier médical à ses ayants droits. Si cette éventualité se présente le CH de Saumur ne pourra pas donner suite à votre demande.

De plus, le décès d'un patient ne délivre pas les praticiens du secret médical, l'intégralité de son dossier médical n'est donc pas communicable comme le précise l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique qui précise les motifs motivant une demande. La CADA précise dans son avis n°20204108 que « ces dispositions n'instaurent donc qu'au profit des ayants droit d'une personne décédée qu'un **droit d'accès limité à certaines informations médicales, et non à l'entier dossier médical** ». La CADA précise également que la communication des pièces doit répondre

« strictement à l'objectif poursuivi ». L'équipe médicale n'est, en outre, nullement liée par une éventuelle liste de pièces réclamées par le demandeur ». Ainsi, vous devez absolument nous préciser l'objectif poursuivi pour que nos médecins puissent analyser votre demande et déterminer les pièces qui pourront strictement y répondre.



Précisions concernant la demande

- ☐ **Retrait du dossier sur rendez-vous fixé lorsque les copies seront effectuées**
- ☐ **Envoi postal des copies**
 - ☐ A votre domicile
 - ☐ Au médecin que vous avez mandaté
- *Gratuité des frais de reproduction lors d'une 1^{ère} demande*
- *Frais d'envoi en recommandé avec accusé réception à la charge du demandeur*
- ☐ **Consultation sur place, en présence d'un médecin hospitalier** (rdv fixé par le secrétariat des usagers)

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES :

Photocopie d'une des pièces d'identité :

- ☐ Carte d'identité du demandeur, ou passeport, ou carte de séjour

➤ **Patient décédé**, tout document attestant de la qualité d'ayant droit :

- ☐ Copie de l'acte de décès
- ☐ Livret de famille ou acte de notoriété

Je, soussigné (e), M, Mme

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- Prend en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé.

Fait à le/...../.....

Signature