

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL D'UNE
PERSONNE DECEDEE**

Identité et qualité du demandeur :

Je soussigné(e),
(Nom et Prénom du demandeur)

Précisez votre qualité d'ayant droit :

né(e) le : / / à :

demeurant à :

Téléphone :

**Pièce d'identité
produite :**

Carte nationale
d'identité

n° _____

Passeport

n° _____

Permis de conduire

n° _____

Identité du patient décédé :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

né(e) le / /

décédé(e) le / /

Motif de la demande :

L'accès de l'ayant-droit est strictement encadré. Le décès d'une personne ne met pas fin au secret protégeant sa vie privée ni au secret médical.

L'ayant droit qui invoque la « **défense de la mémoire du défunt** » ou qui souhaite « **faire valoir un droit** » pour accéder aux informations médicales relatives à ce dernier devra expliciter clairement sa demande afin de permettre à l'équipe médicale de cibler et de trier les documents qui lui seront communiqués.

(Conditions d'accès énumérées à l'article L 1110-4 du Code de santé publique)

Connaître les causes du décès du patient

Faire valoir un de vos droits. Précisez lequel :

Défendre la mémoire du défunt

Expliquez :

Mode de communication du dossier médical :

Consultation au Centre Hospitalier de Dieppe (en présence du médecin responsable des archives médicales ou du médecin médiateur de l'établissement)

Edition d'un duplicata (facturé) du dossier médical :

- Qui vous sera remis par voie postale
- Que vous viendrez directement chercher à la Direction des Affaires Générales, des Relations avec les Usagers et de la Communication du Centre Hospitalier de Dieppe
- Qui sera remis par voie postale au médecin de votre choix

Nom :

Adresse :

Accès au dossier médical :

Conformément à la réglementation en vigueur, seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au(x) motif(s) que vous aurez invoqué à l'appui de votre demande.

LE DEMANDEUR DECLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE :

- **Du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier médical.**
- **De la nécessité, en cas de récupération à la Direction du dossier médical, de prévenir de son intention le secrétariat de Direction 24 heures à l'avance.**
- **De la tarification applicable à la duplication du dossier médical demandé :**

Les tarifs sont arrêtés par décision de la Direction du 23 avril 2012 fixant le coût de la photocopie d'un dossier médical de la façon suivante :

- **0,20 €** par page papier photocopie
- **2 €** pour le duplicata d'un CD
- **5 €** par cliché radiologique

Vous souhaitez que le duplicata de votre dossier médical vous soit adressé en recommandé avec accusé de réception (**tarification supplémentaire – voir tableau ci-dessous**).

Tarifs postaux - Lettre recommandée

Destination France	
Poids jusqu'à	Tarifs
20g	4,40 €
50g	5,00 €
100g	5,65 €
250g	6,90 €
500g	8,10 €
1kg	9,30 €
2kg	11,00 €
3kg	12,20 €
Avec avis de réception	1,15 €

A

Le / /

Le demandeur, (*Nom, Prénom*)

Signature