



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE COPIE DU DOSSIER
D'UN PATIENT DECEDE**

03/10/2023

Cf : Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients - Décret du 29 avril 2002 – Arrêtés du 5 mars 2004 et du 3 janvier 2007
Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016

PARTIE A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Je soussigné(e), Mme, Melle, Mr, NOM (& NOM de jeune fille) :

Prénom : Date de naissance :

Rue :

Code postal : Ville : 

Demande l'accès au dossier patient de :

Mme, Melle, Mr, NOM (Nom de jeune fille) :

Date de naissance : Date de décès :

Indiquer votre qualité d'ayant droit (lien de parenté, successeur légal), ou PACS ou concubinage :


Conformément à l'arrêté du 5 mars 2004, le motif de votre demande doit être indiqué. Il doit répondre à (cocher le ou les élément(s) correspondant à votre demande) :

Connaître les causes du décès

Faire valoir mes droits (préciser obligatoirement votre demande) :

Défendre la mémoire du défunt (préciser obligatoirement votre demande) :

Obtenir des informations en cas d'examen génétique au sein d'une famille

 **Conformément à l'arrêté du 3 janvier 2007, seuls les éléments du dossier permettant de répondre au(x) motif(s) invoqué(s) vous seront communiqués, sauf si, de son vivant, le patient a émis une opposition à la communication de son dossier.**

⊗ RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER :

Date d'hospitalisation, service(s) d'hospitalisation, nom du (des) médecin(s) hospitalier(s) :

⊗ DELAIS POUR LA TRANSMISSION DU DOSSIER

8 jours si la dernière venue dans le service date de moins de 5 ans

2 mois si la dernière venue dans le service date de plus de 5 ans

⊗ PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

1°) Photocopie recto verso de votre pièce d'identité

2°) Certificat de décès

3°) Justificatif de votre qualité d'ayant droit (acte notarié ou livret de famille ou acte de naissance), ou pacs ou tout document attestant d'un concubinage.



FORMULAIRE DE DEMANDE DE COPIE DU DOSSIER D'UN PATIENT DECEDE

03/10/2023

ACCES AU DOSSIER :

- Consultation sur place en présence d'un médecin
Eléments du dossier à retirer dans le service
Envoi des éléments du dossier au médecin
Envoi des éléments du dossier à mon domicile
Préciser Nom et adresse du médecin :

Dans tous les cas, la délivrance de photocopies, contretypes et l'envoi postal en recommandé sont à la charge du demandeur, selon les tarifs suivants (cf arrêté du 1er octobre 2001) :

Copie documents papier : A4 : 0,18 € l'unité A3 : 0,36€
Radiographies : Format 24 x 30 = 1,44 € Format 36 x 43 = 2,87€ CD Rom : 2,75€
Frais d'expédition (lettre avec A.R.) Tarifs de la poste en vigueur

Cette demande sera traitée dès réception de ce formulaire complété et accompagné des pièces justificatives. Dossier complet à adresser au : CHU - Directeur des Usagers
Avenue du Général Koenig
51092 Reims Cedex Tél : 03 26 78 81 66
Fax : 03 26 78 41 26 Email : copiedossiermedical@chu-reims.fr

Date de la demande : Signature du demandeur :
Nom et Prénom du demandeur :

PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE

Ce document est destiné au recensement des demandes d'accès aux dossiers médicaux et à leur facturation. Il doit être obligatoirement adressé à la Direction des Usagers ou par fax : 03 26 78 41 26

Suite donnée (cf demande exprimée) :
Envoi au demandeur Envoi au médecin Eléments remis dans le service Entretien
Date de la suite donnée : Cachet du service :

Observations :

Photocopies papier : Nombre d'exemplaires format A 4 format A 3
Radiographies : Format 24 x 30 Format 36 x 43 CD rom
Poids de l'expédition OBLIGATOIRE (ne pas renseigner si remis dans le service)
Exercice : Compte n° Code UF : Code débiteur : N° Titre : N° Ordre :

Transmission de la Direction des Relations avec les Usagers à la Direction des Affaires Financières le :