|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
|  |
|  | Demande d'accès au dossier médical d’un patient décédé | |
|  | V4 – Janvier 2021 |

*Imprimé à retourner rempli et signé au*

***CHU de SAINT-ETIENNE - DIRECTION DES USAGERS - Demande de dossier médical - 42 055 SAINT-ETIENNE Cedex 2***

***ou par mail :*** [***direction.usagers@chu-st-etienne.fr***](mailto:direction.usagers@chu-st-etienne.fr)

**Merci d’accompagner votre demande des justificatifs nécessaires** *(voir au verso)*

**Identité et coordonnées du demandeur :**

Nom de naissance : ......................................................................... Nom d'usage : ..................................................................................

Prénom : .................................................................................

Date et lieu de naissance : ............/............/............ à ................................................................................................................

Numéro de téléphone : ............/............/............/............/............

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

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

Email : .........................................................................................................................................................................................................

Lien avec le patient décédé :.......................................................................................................................................................................

**Identité du patient décédé concerné par la demande :**

Nom : ....................................................................................... Prénom : ...................................................................................................

Date et lieu de naissance : ............/............/............ à ................................................................................................................

Date et lieu du décès : ............/............/............ à ................................................................................................................

**Motif de la demande** *(voir au verso)* **:**

* Connaître les causes de la mort
* Défendre la mémoire du défunt :

Précisez : …………………………………………………………………………………………………………………………………….......………………………..………………...

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

* Faire valoir mes droits :

Précisez : …………………………………………………………………………………………………………………………………….......………………………..………………...

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

**Détail du/des séjour(s) concerné(s) par la demande** *(à titre indicatif, le motif de la demande prévaut)* **:**

|  |  |
| --- | --- |
| Date(s) : | Service(s) concerné(s) : |
| Séjour du ........./........./.........au ........./........./......... | ........................................................................................................................... |
| Séjour du ........./........./.........au ........./........./......... | ........................................................................................................................... |
| Séjour du ........./........./.........au ........./........./......... | ........................................................................................................................... |

**Modalités d’accès au dossier médical** *(voir au verso)* **:**

* **Consultation sur place** (gratuite) :
* Avec accompagnement médical (présence du médecin concerné ou de l’un de ses confrères)
* **Envoi à mon domicile** par lettre recommandée avec accusé de réception **(par défaut)**
* **Envoi au cabinet du médecin de mon choix**  par lettre recommandée avec accusé de réception :

Docteur ............................................................................................................................................................................................

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

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

* **Remise sur place à l’hôpital***(dossier à retirer dans chaque service concerné)* :
* À moi-même
* À une personne mandatée par mes soins **(la personne désignée devra disposer d’une procuration justifiée et signée et présenter une pièce d’identité)**.

Nom : …………………………………………………………..……….... Prénom : …………………………………………………………..………………….

**Par la présente, je sollicite la communication du dossier médical ci-dessous, et m’engage à payer, le cas échéant, les frais en découlant.**

**Date** : ............/............/............ **Signature** :

e7[I.DIP.tdp01]

|  |
| --- |
| **Justificatifs nécessaires à la demande :**  e7[I.DIP.tdp01]   * **Copie d’une pièce d’identité du demandeur ;** * **Copie de l’acte de décès ou de toutes les pages du livret de famille du patient décédé ;** * Justificatif permettant l’accès au dossier médical du patient décédé: * Pour le conjoint survivant et les enfants du défunt : une copie de toutes les pages du livret de famille (l'utilisation d'un livret de famille falsifié ou non mis à jour peut entraîner des poursuites pénales et la condamnation à une amende de 1500€, ou 3000€ en cas de récidive) ou une copie de l’acte de naissance avec filiation du demandeur (acte de naissance de moins de trois mois ou postérieur à la date du décès pour le conjoint survivant) ; * Pour les autres ayants droit (héritiers du patient décédé) : une copie de l’acte de notoriété (rédigé par un notaire à titre onéreux) ; * Pour le partenaire lié par un pacte civil de solidarité : une copie de l’acte de naissance du demandeur de moins de 3 mois ou postérieur à la date du décès ; * Pour le concubin : tout justificatif prouvant le concubinage (l’article 515-8 du code civil définit le concubinage comme étant "*une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple*"). La preuve de la qualité de concubin peut ainsi être apportée par la production des pièces suivantes : certificat de concubinage (remis en mairie), déclaration sur l’honneur signée par les 2 concubins avant le décès, bail commun, factures aux deux noms, courriers, photographies, témoignages écrits, etc. Les justificatifs transmis doivent permettre d’attester de la vie commune, de sa stabilité, de son caractère notoire et de la mise en commun même partielle de moyens matériels au moment du décès. Saisie d’une demande sur ce fondement, il revient à l’établissement d’apprécier la nécessité d’éventuelles pièces complémentaires *(Conseil CADA n° 20160797 du 14 avril 2016)*. |

|  |
| --- |
| **Délai d’accès au dossier médical** *(Articles L1111-7 et R1111-1 du Code de la santé publique)* :   * Pour les informations médicales datant de moins de cinq ans : le délai est de huit jours à compter de la réception de votre demande complète et au plus tôt après le délai légal de réflexion de quarante-huit heures.   Cependant, dans la mesure où ce délai est relativement court, nous attirons votre attention sur le fait qu’il ne nous est pas toujours possible de le respecter. Nous vous invitons donc à prendre en compte ce point lors de vos demandes. **En cas d’urgence, n’hésitez pas à l’indiquer clairement sur vos demandes en précisant de façon détaillée le motif.**   * Pour les dossiers datant de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie, le délai est porté à deux mois.   **Délai de conservation du dossier médical** *(Article R1112-7 du Code de la santé publique)* :  Le dossier médical est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès. |

|  |
| --- |
| **La communication du dossier médical est payante et reste à votre charge** *(Article L1111-7 du Code de la santé publique)* :   * Les frais de copie sont au tarif de 0,20 € par photocopie, de 3 € par CD d’imagerie, de 3,54 € par contretype de radiologie et de 3,27 € par DVD d'imagerie. * Les frais d’envoi postaux sont au tarif de 10,71 € (envoi en recommandé avec accusé réception obligatoire).   **Par assureur le respect de la confidentialité, la transmission des éléments médicaux ne peut être faite par mail ou par fax.** |

|  |
| --- |
| **Motif de la demande** *(Article L1110-4 du Code de la santé publique)* :  **Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées** à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, **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.** "**Le demandeur doit préciser les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu’il souhaite faire valoir, afin de permettre à l’équipe médicale d’identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l’objectif correspondant**" *(Avis CADA n° 20135291 du 30 janvier 2014)*. Toute demande motivée par un autre motif ne pourra être honorée.  **Le droit d'accès des héritiers est limité aux informations nécessaires au(x) but(s) recherché(s). La communication de la totalité du dossier n’est pas de droit** *(Conseil d'État, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 26/09/2005, 270234, publié au recueil Lebon).* |

|  |
| --- |
| **Modalité d’accès au dossier médical** :  L’accès au dossier médical d’un patient décédé implique l’accès à des informations strictement personnelles sur l’état de santé de celui-ci. A ce titre, vous êtes tenu de respecter la confidentialité des informations de santé communiquées.  **Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que des informations médicales concernant une personne décédée soient délivrées** **sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès** (*Article L1110-4 du Code de la santé publique*). |