

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL PAR L'AYANT DROIT D'UN PATIENT DECÉDÉ

A retourner complété et accompagné des justificatifs nécessaires

Service de la Patientèle

03.44.21.70.08 (matin) - 03.44.21.71.10

Nos Réf. : CD/VG/LR

Madame, Monsieur,

Vous avez exprimé votre souhait de transmission d'informations médicales conservées au **G.H.P.S.O.** Votre demande se place dans le cadre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce formulaire et de le retourner, avec les pièces justificatives demandées, au Service de la Patientèle (Site de Senlis - Avenue Paul Rougé BP 121 60309 SENLIS cedex) ou par mail : service.patiencetele@ghpsos.fr.

Le délai de communication est de 8 jours ouvrables (pour les informations datant de moins de 5 ans) ou de 2 mois (pour les informations datant de plus de 5 ans) à compter de la date de réception de la demande complète.

Nous vous rappelons le caractère strictement personnel des informations de santé qui vont vous être transmises et vous conseillons de prendre des précautions par rapport à leur usage, notamment lors d'éventuelles transmissions à des tiers.

❖ IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e), Mme, M.....

Né(e) le à :

Domicilié(e) à

N° de téléphone : Courriel :

❖ IDENTITE DU PATIENT

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Indiquez le motif pour lequel vous souhaitez obtenir les informations :

☐ Connaître les causes du décès du patient

ou ☐ Défendre la mémoire du défunt, **pour quel motif :**

ou ☐ Faire valoir vos droits, **précisez lesquels :**

Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 3 janvier 2007), seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus.

❖ MODE DE COMMUNICATION DU DOSSIER

☐ Consultation de documents sur place avec, le cas échéant, copie de documents

☐ Consultation de documents sur place avec accompagnement médical et, le cas échéant, copie de documents

☐ Copies de documents avec : ☐ remise sur place au G.H.P.S.O

☐ envoi postal en recommandé à l'adresse suivante :

Les consultations sur place se font au secrétariat médical du service concerné par la demande (si votre demande concerne plusieurs services, cela sera le dernier service dans lequel un passage a eu lieu).

❖ PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Si vous êtes...	Pièces justificatives à fournir impérativement
Le conjoint ou un enfant	Photocopie recto verso de votre pièce d'identité + du livret de famille ou acte de dévolution successorale délivré par le notaire.
Le partenaire lié par un PACS	Photocopie recto verso de votre pièce d'identité + attestation du greffe du Tribunal ou récépissé d'enregistrement du PACS ou acte de naissance intégral.
Le concubin	Photocopie recto verso de votre pièce d'identité + certificat de concubinage établi par la mairie.
Le petit enfant	Photocopie recto verso de votre pièce d'identité + du livret de famille du patient décédé + de votre livret de famille ou acte de dévolution successorale délivré par le notaire.
Un autre ayant droit (par exemple : frère ou sœur)	Photocopie recto verso de votre pièce d'identité + acte de dévolution successorale délivré par le notaire.

❖ PIECES DEMANDEES

Services d'hospitalisation ou de consultation concernés par la demande :	Date(s) :

Merci de nous préciser si votre demande concerne le : ☐ Site de Creil ☐ Site de Senlis

Nous sommes obligés, par la loi, de conserver les éléments originaux du dossier médical. Vous ne pouvez donc obtenir que des copies, qui sont payantes.

Les tarifs de reproduction appliqués sont de :

- 0,20€ la page photocopiée au format A4 - noir et blanc (0,40€ pour un format A3) ;
- 5,50€ le duplicata de film d'imagerie (hors impression sur du papier standard) ;
- en cas d'envoi postal (qui sera effectué en recommandé avec accusé de réception) celui-ci sera facturé en fonction du nombre de copies envoyées : 7,50€ jusqu'à 6 copies, de 7 à 14 copies 8,50€, de 15 à 34 copies 9€50 et de 11€ de 35 à 60 pages.

Le règlement vous sera demandé ultérieurement par le Trésor Public.

Je soussigné(e) certifie que les informations ci-dessus sont exactes et reconnaît avoir été informé(e) que les frais occasionnés par ma demande d'informations médicales seront à ma charge.

Date et signature, précédées de la mention « lu et approuvé » :

Seules les demandes de dossiers complètes pourront être traitées. Si des éléments sont manquants, nous vous les demanderons par courrier et votre demande sera alors traitée dès réception de ces éléments.

