

Les informations contenues dans votre dossier sont strictement personnelles.

Il vous appartient de prendre toute précaution afin d'en assurer sa confidentialité, notamment vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

À nous retourner à

Département d'informations médicales (DIM)

Pôle Santé Sarthe et Loir

La chasse du point du jour

BP 10129 72205 Le Bailleul CEDEX

Ou par mail

dossiermedical@pole-pssl.fr

1. Identité du patient décédé

Nom : Prénom :

Née le : / / Décédé le : / /

2. Identité du demandeur ayant droit

Nom : Prénom :

Née le : / / Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. (obligatoire) : Mail :

Exerce son droit en qualité de (indiquer la filiation du patient) :

3. Informations relatives à la demande

Selon le décret du 29 avril 2022 du code de la Santé Publique, « **la communication du dossier aux ayants-droits porte uniquement sur les « seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi ».**

Le dossier médical complet ne peut être communiqué.

Motif(s) de demande (obligatoire) :

☐ Connaître les causes du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt (*préciser en quoi la mémoire du défunt doit être défendue*)

☐ Faire valoir ses droits (*préciser quels droits vous entendez faire valoir*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

❶ Ne vous seront communiqués que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi.

4. Nature des documents demandés

Les éléments du dossier médical requis :

- ☐ Compte-rendu d'hospitalisation du dernier service qui précise les causes du décès
- ☐ Autres documents (à préciser) :
-

5. Modalités de communication des documents

Communication des documents souhaités :

- ☐ Par consultation sur place à l'hôpital sur rendez-vous dans le service concerné par les soins.
- ☐ Par récupération des éléments sur place ; un rendez-vous sera fixé dès que le dossier sera prêt.
- ☐ Ne pouvant pas me déplacer, j'autorise Madame, Monsieur
à récupérer les pièces du dossier médicale.

Numéro de téléphone :

Un rendez-vous sera fixé avec la personne mandatée dès que le dossier sera prêt.

Celle-ci devra se munir d'une pièce d'identité.

- ☐ Par envoi postal en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :
.....
.....

Code postal : Ville :

- ☐ Par envoi postal au Docteur (nom, prénom, adresse) :
-

① Des frais de reproduction et/ou d'envoi vous seront facturés

Article L1111-7 du Code de la santé Publique « **La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents** »

- Frais de reproduction : 0.20 € la photocopie
- Frais d'envoi : coût du recommandé avec accusé de réception
(tarif en vigueur de La Poste - variable selon le poids)

6. Justificatifs de document à fournir

- ☐ Photocopie recto et verso d'une pièce d'identité (passeport, carte d'identité)
- ☐ Acte de décès si le décès a eu lieu hors du Pôle Santé Sarthe et Loir
- ☐ Tout document justifiant la qualité d'ayant droit (livret de famille, acte de mariage, jugement, etc.)

7. Attestation

Je soussigné(é) ☐ M. ☐ Mme

☐ **Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus**

Fait à :

Le : / /

Signature

Pour tous renseignements complémentaires, merci de contacter le **Département d'informations médicales** au **02 44 71 31 32**.

Cadre réglementaire :

Loi du 2002-303 du 04 mars 2002 – Décret n°2002-637 du 29 avril 2002
Conseil d'Etat n°27.02.34 – Arrêt du 26 septembre 2005

Arrêté du 05 mars 2004
Arrêté du 03 janvier 2007