HÔPITAUX CHAMPAGNE SUD	Mode opératoire	N° BMS : 9412003
	Dossier patient / Accès du patient à son dossier	Version : 08
	Demande de communication de documents médicaux aux ayants droit	Applicable jusqu'au : 08/01/2029
		Page 1 sur 1

CENTRE HOSPITALIER SAINT NICOLAS BAR-SUR-AUBE	CENTRE HOSPITALIER CHRISTIAN BRAUN	CHT CENTRE HOSPITALIER TROYES	EPSM Aube	GHAM	RÉSIDENCE CARDINAL DE LOMÉNIE	Pierre d'Arcis EHPAD & SSIAD
Sanitaire ☐	Sanitaire ☐	Sanitaire ☒	Sanitaire ☐	Sanitaire ☐		
Médico-Social ☐	Médico-Social ☐	Médico-Social ☒	Médico-Social ☐	Médico-Social ☐	Médico-Social ☐	Médico-Social ☐

(Application de la loi n° 2002.303 du 4 mars 2002 et du décret n° 2002.637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L 1111-7 et 1112-1 du code de la santé publique)

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____ Né(e) le _____ Tél _____

Domicilié(e) _____

Code postal _____ Ville _____

⇨ **Agissant en tant qu'ayant droit de :**

(nom, prénom, nom de jeune fille) _____

Né(e) le : _____ décédé(e) le : _____

MOTIF DE LA DEMANDE

(Dernier alinéa de l'article 1110-4 du Code de la Santé Publique)

☐ Connaître les causes du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt **(joindre un courrier motivant votre demande)**

☐ Faire valoir mes droits **(joindre un courrier motivant votre demande)**

Rappel des textes :
Article L.1110-4 du CSP :"Seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué".
Arrêté du 5 mars 2004 : "Un ayant droit, outre le fait qu'il doit justifier de son statut d'ayant droit, doit préciser le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance des informations demandées; à savoir connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès."

SELON LES MODALITES SUIVANTES :

☐ Remise sur place à l'hôpital (*prévenir la personne dès que les documents sont prêts*)

☐ Envoi postal à Mme, Mlle, M. *(nom, prénom, adresse)* _____

_____

☐ Envoi postal au docteur *(nom, prénom, adresse)* _____

_____

Date : _____ / _____ / _____ **Signature :**

Joindre : ❒ copie de votre pièce d'identité
❒ certificat d'hérédité et/ou livret de famille

RESERVE AU SERVICE

* ▪ Documents papier A4 *(0,18 €)*_____ exemplaires

▪ Radiographies *(à compléter par le service de radiologie)*

- Format 20/25 cm *(1,65 €)* _____ exemplaires

- Format 25/30 cm *(2,37 €)* _____ exemplaires

▪ CD ROM / DVD ROM *(1 €)* _____ exemplaires

▪ Frais d'expédition _____
(envoi recommandé avec accusé de réception)

Fait le _____ / _____ / _____

CACHET DU SERVICE

☐ **ENVOI GROUPE RETOUR A LA DIRECTION**

Document à retourner à M. le Directeur du Centre Hospitalier de Troyes 101 avenue Anatole France 10003 TROYES CEDEX
Tél. 03 25 49 49 70 - 03 25 49 47 59 - Email : cht.direction@hcs-sante.fr