

ANNEXE 7

Demande de dossier patient d'une personne décédée

Vous êtes ayant droit, partenaire, concubin d'une personne décédée et vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de son dossier patient. Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et le retourner à la Direction de Site.

**Il est impératif de joindre à votre demande un justificatif d'identité (copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport), et de prouver votre qualité :**

- **D'ayant droit en produisant la copie du livret de famille attestant de votre filiation, l'acte de décès.** Si vous ne figurez pas explicitement sur l'acte de décès, vous devrez également fournir un certificat d'hérédité (établi par la mairie) ou un acte de notoriété (établi par un notaire).
- **De partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) en produisant l'acte de décès si ce dernier est en votre possession ainsi qu'une copie du contrat de PACS**
- **De concubin en produisant un certificat de concubinage ou de vie commune édité par le maire. A défaut, une attestation sur l'honneur signée des deux concubins devra être communiquée.**

■ IDENTITE DU DEMANDEUR ET DU PATIENT

Je soussigné(e)

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : ..... Date de naissance : .....

Demeurant : .....

Téléphone : .....

Souhaite obtenir les pièces du dossier patient décédé suivant :

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : ..... Date de naissance : .....

Demeurant : .....

■ MOTIF DE LA DEMANDE

connaître les causes du décès du patient. A préciser : .....

.....

défendre la mémoire du défunt. A préciser : .....

.....

faire valoir vos droits. Précisez lesquels .....

■ PIECES DU DOSSIER PATIENT DEMANDEES

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

.....

■ RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER

Service(s) d'hospitalisation : .....

Date(s) d'hospitalisation : .....

Chef(s) de services(s) : .....

■ MODALITES DE COMMUNICATION

consultation gratuite sur place (dans le/les service(s) d'hospitalisation)

envoi de copies à mon domicile ou au médecin intermédiaire que je désigne :

Docteur (nom / prénom) .....

Adresse.....

Téléphone.....

■ FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI

Les frais de reproduction et d'envoi sont fixés par l'établissement.

Ils comprennent le coût des photocopies des documents papier, le coût des copies des clichés radiologiques ou contretypes, les frais d'envoi en RA.R. (le cas échéant).

Le paiement s'effectue à l'ordre du **Trésor Public**, par chèque bancaire ou postal.

Les tarifs applicables pour l'exercice 2018, en application de la décision du Directeur Général de l'AP-HM n° 220 du 12 juin 2018, sont les suivants :

| Format de copie  | Tarif unitaire |
|--|----------------|
| A4   | 0,18 €         |
| A3   | 0,36 €         |
| CD-ROM / DVD   | 2,75 €         |
| Contretype (radiographie)                                      | 3,00 €         |
| Supplément envoi postal LRAR                                   | 7,00 €         |
| Bande sonore SAMU : désarchivage et copie sur CD               | 31,00 €        |
| Désarchivage et retranscription écrite de la conversation SAMU | 155,00 €       |

**Exception** : la copie et l'envoi du dossier patient est effectuée à titre gratuit au profit des ayants droits d'une personne décédée à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, dès lors que la demande est formulée dans le délai d'une année suivant le décès.

A .....

Signature

Le .....