



### MODE DE COMMUNICATION

**Cas n° 1 :** je souhaite consulter gratuitement sur place (**uniquement sur rendez-vous**), site de Mende ou de Marvejols (*rayez la mention inutile*) les informations médicales communicables  
Etre assisté(e) par un médecin \_\_\_\_\_   
Ne pas être assisté(e) par un médecin \_\_\_\_\_

**Cas n° 2 :** je souhaite retirer les copies des informations médicales communicables (**uniquement sur rendez-vous**) sur le site de Mende ou de Marvejols (*rayez la mention inutile*), les frais de reproduction sont à ma charge (*Cf tarifs ANNEXE en page 3*) \_\_\_\_\_

**Cas n° 3 :** je souhaite qu'une copie des informations médicales communicables me soit envoyée à mes frais en Recommandé-Accusé-Réception (*Cf tarifs ANNEXE en page 3*) \_\_\_\_\_

**A l'adresse suivante, si différente de l'adresse indiquée supra :**

### DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL

Pour la bonne compréhension des informations nécessaires à l'objectif que vous poursuivez contenues dans le dossier médical du patient décédé, la présence d'un médecin vous est vivement recommandée.

### SIGNATURE ET ACCEPTATION

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ auteur de la présente demande, atteste avoir été informé(e) des différents modes d'accès au dossier médical et de l'existence d'un dispositif d'accompagnement médical.

J'atteste avoir qualité pour consulter le dossier médical demandé en application de la loi et je joins les pièces justificatives qui me sont demandées en ma qualité d'ayant-droit (*Cf Tableau 1 en page 3 de l'annexe*):

Fait à,

Le

Signature :

**Délais de communication :** *Cf ANNEXE page 3*

### CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

**A la date de remise ou d'envoi du dossier médical**, l'archiviste ou la secrétaire médicale (site Gévaudan- Marvejols) vise le présent formulaire, dont l'original est adressé à la Direction générale et une copie est annexée au DPU:

Nom, prénom du patient :


Date de naissance :

*Si différent du demandeur, préciser nom, prénom, date de naissance :*

Date :

Nom et signature de l'archiviste ou de la secrétaire médicale (site Gévaudan- Marvejols) :



	<b>FORMULAIRE : DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT UNIQUE (Pour un patient décédé)</b>	<b>PCP / INFO / SUPP 056</b>  Version : C 20 Novembre 2019	1 <sup>er</sup> août 2016
			Page : 3/3

## ANNEXE

Tableau 1

Qualité du demandeur	Pièces justificatives à joindre au formulaire dûment complété et signé
<b>Ayant-droit d'une personne décédée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie de votre pièce d'identité à jour recto-verso</li> <li>- Certificat de décès de la personne dont les informations médicales sont demandées</li> <li>- Certificat d'hérédité</li> </ul>

**Frais de reproduction : tarifs réglementaires en vigueur**

**Facturation des frais d'envoi en Lettre recommandée avec Accusé de Réception (AR-LR)** : Tarifs de la Poste en vigueur

**Délais de communication :**

Le demandeur obtiendra communication des informations au plus tard dans un délai de 8 jours à compter de la réception de ce formulaire dûment complété et signé accompagné des pièces justificatives ou à réception de la demande reformulée ou des pièces manquantes en cas de non recevabilité, et, sous 2 mois, pour des informations datant de plus de 5 ans,.

Dans tous les cas, le demandeur dispose d'un délai de réflexion incompressible de 48 heures avant transmission des documents.

**Facturation et règlement :**

Le demandeur devra s'acquitter des frais de reproduction à réception de l'avis des sommes à payer.

***Si vous rencontrez des difficultés pour compléter le formulaire de demande de communication du dossier patient unique ou si vous souhaitez poser une question ayant trait à cette demande, merci de joindre la Responsable des Relations avec les Usagers :***

Téléphone : 04.66 49.49.00

Courriel : [RRUA@ch-mende.fr](mailto:RRUA@ch-mende.fr)

