

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL - AYANT DROIT

La loi autorise les ayants droit à accéder à certaines informations médicales concernant le patient décédé, sous certaines conditions (Article L1110-4 du Code de la Santé Publique, Article L1111-7 du Code de la Santé Publique, Avis 20135291 de la CADA, séance du 30/01/2014) :

- La personne décédée ne doit pas s'y être opposée de son vivant ;
- Le demandeur doit impérativement justifier de sa qualité d'ayant droit ;
- Les ayants droit peuvent accéder aux seules informations leur permettant de répondre aux trois motifs cités par la loi :
 - Connaître les causes de la mort ;
 - Faire valoir ses droits ;
 - Défendre la mémoire du défunt.

Le demandeur doit ainsi préciser les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu'il souhaite faire valoir, afin de permettre à l'équipe médicale d'identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l'objectif correspondant. L'établissement peut ainsi être conduit, selon les cas, à transmettre l'ensemble du dossier ou bien à se limiter à la communication des pièces répondant strictement à l'objectif poursuivi. L'équipe médicale n'est, en outre, nullement liée par une éventuelle liste de pièces réclamées par le demandeur.

PATIENT	AYANT DROIT
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
	Adresse, Code Postal, Ville :
	Adresse mail :@.....
	Téléphone :

JUSTIFICATIFS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Copie d'une pièce d'identité du demandeur (carte d'identité recto-verso ou passeport ou titre de séjour permanent, en cours de validité)
- Copie de l'acte de décès du défunt
- Selon la qualité du demandeur :
 - Pour l'époux(se) ou l'un des enfants du défunt : une copie de toutes les pages du livret de famille ou une copie de l'acte de naissance avec filiation du demandeur (acte de naissance de moins de trois mois ou postérieur à la date du décès pour le conjoint survivant) ;
 - Pour les autres ayants droit (héritiers du patient décédé) : une copie de l'acte de notoriété (rédigé par un notaire à titre onéreux) ;
 - Pour le partenaire lié par un PACS : un extrait d'acte de naissance du demandeur de moins de 3 mois ou postérieur à la date du décès (*dans la mesure où il est fait mention, en marge de l'acte de naissance de chaque partenaire, de la déclaration de PACS, avec indication de l'identité de l'autre partenaire*) ;
 - Pour le concubin : tout justificatif prouvant le concubinage (Article 515-8 du Code Civil) : certificat de concubinage (remis en mairie), déclaration sur l'honneur signée par les 2 concubins avant le décès, bail commun (...).

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL - AYANT DROIT

MOTIF DE LA DEMANDE

- ☐ Connaître les causes de la mort
- ☐ Défendre la mémoire du défunt (par exemple, maladie professionnelle...)

Précisez les circonstances qui vous conduisent à défendre la mémoire du défunt :

- ☐ Faire valoir ses droits (par exemple droit à pension, droit à assurance, réparation d'un préjudice)

Précisez la nature des droits que vous souhaitez faire valoir :

MODALITÉS DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DEMANDÉES

Remise d'une copie



- ☐ Envoi numérique sur votre messagerie de "Mon Espace Santé" – gratuit.
Veuillez indiquer votre numéro de sécurité sociale :
.....

- ☐ Retrait des documents sur place (Le/la référent-e prendra contact avec vous lorsque les documents seront prêts – frais de reproduction pour la première demande gratuits, 0.18€ par page en cas de deuxième copie, nouvel envoi, demandes répétées ou abusive, etc.).

- ☐ Accompagnement médical (à cocher si souhaité)

En cas de questionnement sur la prise en charge, vous avez la possibilité de solliciter un accompagnement médical. Le cas échéant, en fonction de votre besoin, le médecin responsable de l'information médicale orientera vers le bon interlocuteur médical.

- ☐ Retrait des documents sur place par une personne mandatée par vos soins. Veuillez joindre une procuration. Le/la référent-e prendra contact avec vous lorsque les documents seront prêts.

- ☐ Envoi en recommandé avec accusé de réception à votre domicile (coût de l'envoi par courrier en RAR à votre charge, le/la référent-e vous enverra la facture par mail).

Fait à Le

Signature du demandeur :

DOCUMENT À RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE :

Département D'Information Médicale
Référente des demandes de dossiers médicaux
Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble
8 rue du Docteur Calmette CS 10043
38028 Grenoble cedex 1
Ou par mail : ddm@ghm-grenoble.fr