



**IDENTITÉ DU DEMANDEUR**

**Qualité du demandeur :**  Ayant-droit (précisez :  époux/épouse  enfant du défunt)  Partenaire de PACS

Concubin  Mandataire  Autre : .....

**Civilité :**  Mme  M.

**Nom d'usage :** ..... **Nom de naissance :** .....

**Prénom :** ..... **Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Commune :** .....

**Tél Domicile :** ..... **Mobile :** .....

**Courriel :** .....

**IDENTITÉ DU PATIENT DÉCÉDÉ CONCERNÉ PAR LA DEMANDE**

**Civilité :**  Mme  M.

**Nom d'usage :** ..... **Nom de naissance :** .....

**Prénom :** ..... **Date de naissance :** .....

**JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE**

Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, copie de l'acte de décès et suivant sa qualité :

- Enfant du défunt ou son époux/épouse :** copie du livret de famille
- Partenaire de PACS du défunt :** copie de l'acte de naissance du demandeur porteur mention du PACS
- Concubin :** certificat de vie commune délivré par la mairie ou factures communes.
- Héritier autre :** certificat d'hérédité / acte notarié
- Mandataire :** Mandat exprès

*La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient de son vivant, s'y est opposé.*

*Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants-droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent<sup>1</sup>.*

**A cette fin, il est nécessaire d'indiquer le motif de la demande, mention obligatoire (une seule case à cocher)**

- Connaître les raisons du décès
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir vos droits

**Pour les deux derniers motifs (défendre la mémoire et faire valoir vos droits), vous devez détailler votre demande (toute demande incomplète ne pourra être traitée).**

**Précisez :** .....

.....

**DOSSIER DEMANDÉ**

**Service(s) concerné(s) par la demande :** .....

**Date de passage ou du séjour :** .....

## MODALITÉS DE COMMUNICATION

### Vous souhaitez (à cocher) :

- Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception
- Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone
- Une consultation sur place (Gratuit - un rendez-vous vous sera proposé par téléphone).

**Délai<sup>2</sup>**: les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai compris de 48h à 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai compris entre 48h et 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

**Tarif<sup>3</sup>** : les copies sont facturées à 0,18 € l'unité format A4 ; 0,36 € l'unité format A3 ; le CDROM est facturé à 2,75 € l'unité, l'envoi par courrier postal (LR/AR) est facturé au tarif en vigueur.

Je, soussigné(e) M..... reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

Date :

Signature :

### Formulaire à retourner, accompagné des justificatifs à l'adresse :

**Fondation Hospitalière de la Miséricorde – Direction**  
15 fossé Saint Julien – 14000 CAEN - Téléphone : 02 31 38 50 50  
Courriel : demandedossier@fondation-misericorde.fr

### Cadre réservé à l'établissement :

Dossier complet	Validation médicale	Éléments communiqués :	Mise à disposition
Date réception :	Nom du médecin :		Date :
Signature :	Date et signature :		<input type="checkbox"/> Envoi par AR <input type="checkbox"/> Remis en main propre <input type="checkbox"/> Consultation sur place

2 Les dossiers médicaux sont conservés dans l'établissement pour une période de 20 ans à compter de la date du dernier séjour du patient dans l'établissement, et pour une période de 10 ans à compter de la date du décès (article R,1112-7 du code de la santé publique).

3 Article 35 du décret 2005-1755 du 30 décembre 2005.