	Direction des Usagers, de la Communication et des Relations Extérieures	ENR-1153-01-02-A MDC/AA
centre hospitalier de Brive	**PROCÉDURE DE RATTACHEMENT** **DEMANDE DOSSIER MEDICAL** **DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PATIENT DECEDE**	**28/03/2023**

FORMULAIRE A TRANSMETTRE :

- **PAR COURRIER** : Centre Hospitalier de Brive, Direction des Usagers, 1 Boulevard du Docteur Verlhac, CS 70432 19312 BRIVE CEDEX (05.55.20.57.23)
- **PAR MAIL** : demandedossiermedical@ch-brive.fr

Je soussigné(e)

Nom : ..... Prénom.....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Adresse : .....

Demande la communication du dossier médial de

Nom : ..... Prénom .....

Né(e) le : ..... et décédé(e) le .....

Dont je suis l'ayant droit

□ Conjoint survivant
□ Descendants (enfants)
□ Ascendants (père, mère…)
□ Collatéraux privilégiés (frère, sœur…)

□ Autres : .....

Fournir le justificatif de cette qualité (copie de carte d'identité du demandeur recto verso + tout document attestant de la qualité d'ayant droit + copie du certificat de décès si le patient n'est pas décédé dans l'établissement)

Objectif poursuivi (motif obligatoire)

□ Connaître les causes du décès □ Défendre la mémoire du défunt □ Faire valoir des droits

Nature de la demande

Service(s) d'Hospitalisation ou de Consultation	Période

□ Compte rendu d'hospitalisation
□ Compte rendu consultation
□ Compte rendu opératoire
□ Imagerie (radio, scanner, IRM, écho) avec interprétation
□ CD ROM
□ Résultats électriques (ECG, EEG, EMG)
□ Résultats biologiques

Modalités de communication

□ Envoi postal à mon adresse
□ Retrait auprès du secrétariat médical et paiement à la Régie
□ envoi postal à un médecin que je désigne
□ Consultation sur place dans le service
□ Procuration (fournir la copie de pièce d'identité de la personne): .....

A savoir ! la demande du dossier médical génère des frais de copie : 0.18€/feuille - 3.40€/cliché - 2.75€ le CD ROM - Gratuit si montant inférieur à 5€.

Date..... Signature(s)