

	Direction des Usagers, de la Communication et des Relations Extérieures	ENR-1153-01-02-A MDC/AA
	<p><u>PROCÉDURE DE RATTACHEMENT</u> DEMANDE DOSSIER MEDICAL</p> <p><u>DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL</u> <u>PATIENT DECEDE</u></p>	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 (05.55.92.62.83)
- **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 médical 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
 CD ROM
- Imagerie (radio, scanner, IRM, écho) avec interprétation
 Résultats biologiques
- Résultats électriques (ECG, EEG, EMG)

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)