



PROCÉDURE DE RATTACHEMENT
DEMANDE DOSSIER MEDICAL

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL
PATIENT DECEDE

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 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
- 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) :

Date.....

Signature(s)