

PROCÉDURE DE RATTACHEMENT
DEMANDE DOSSIER MEDICAL
DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL
PATIENT DECEDE

Avant toute demande, veuillez consulter le site www.monespacesante.fr afin de vérifier si vos documents médicaux y sont déjà disponibles

FORMULAIRE A TRANSMETTRE :

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

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

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

Compléter les informations ci-dessous :

Service(s) d'Hospitalisation ou de Consultation	Période(s)

- Compte rendu d'hospitalisation Résultats biologiques
- Compte rendu opératoire Résultats électriques (ECG, EEG, EMG)
- Compte rendu consultation
- Résultats imagerie (radiographie, scanner, IRM, échographie, mammographie) :
 - Pendant une hospitalisation : Examen Compte-rendu (non disponible pour les radiographies)
 - Hors hospitalisation : Examen Compte-rendu

-> Toutes les demandes d'imagerie antérieures à juillet 2012 ne peuvent pas être traitées

Modalités de communication (la réalisation de 2 dossiers identiques entraine la facturation d'une copie)

- Envoi postal à mon adresse
- Envoi postal à un médecin que je désigne
- Retrait auprès du secrétariat médical Consultation sur place dans le service
- Retrait par procuration par : (fournir la copie de pièce d'identité du mandataire)

Date.....

Signature