

**DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES  
A UN DOSSIER PATIENT DECÉDÉ  
Loi du 4 mars 2002**

-----  
**IMPRIME à RETOURNER par le DEMANDEUR à la DIRECTION d'ETABLISSEMENT  
à l'adresse suivante : Centre hospitalier Erdre & Loire – Direction générale  
160 Rue du Verger – BP 60229 – 44150 ANCENIS**

**IDENTITE DU DEMANDEUR ①**

NOM DE FAMILLE : ..... NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRENOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : /\_\_/\_/\_\_\_/ LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : ..... TELEPHONE : /\_\_/\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Code Postal : /\_\_/\_/\_\_\_/\_\_\_/

VILLE.....

**QUALITE D'AYANT-DROIT**

- Epoux, Epouse ②
- Concubin ③
- Enfants ②
- Autres (héritiers, bénéficiaires d'une assurance décès...)↓°

**IDENTITE DU PATIENT DECÉDÉ**

NOM DE FAMILLE ..... NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRENOMS ..... LIEU DE NAISSANCE : .....

DATE DE NAISSANCE /\_\_/\_/\_\_\_/ ANNEE D'HOSPITALISATION : .....

ADRESSE..... SERVICE D'HOSPITALISATION : .....

Code Postal : /\_\_/\_/\_\_\_/\_\_\_/

VILLE .....

**Cadre réservé à l'Administration**

N° IPP : .....

### MOTIF DE LA DEMANDE ±

- Recherche de la connaissance des causes du décès. ±
- Défendre la mémoire du défunt. ±
- Faire valoir les droits des ayants droits. ±

- ①- Joindre copie de la carte d'identité, passeport ou permis de conduire.
- ②- Joindre copie du livret de famille ou copie du certificat d'hérédité.
- ③- Joindre copie de l'attestation de concubinage ou de pacte civil de solidarité.
- ④- Joindre copie du jugement de tutelle.
- ⑤- Joindre copie de l'attestation du notaire.
- ±- Joindre une lettre explicitant le motif.

### MODALITES DE COMMUNICATION

#### Modalités de communication :

Par envoi d'une copie :

- à moi-même
- à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées)

Nom et prénoms de votre médecin désigné : .....

.....

Code Postal / / / / / / VILLE : .....

Par communication sur place © de Préférence le :

- Mardi de 9h00 à 12h00 )
- Mardi de 14h00 à 17h00 )
- Jeudi de 9h00 à 12h00 )
- Jeudi de 14h00 à 17h00 )

Serez-vous accompagné d'un tiers :  
 OUI  NON

*Avant toute communication, le destinataire de la demande s'assure de l'identité du demandeur et s'informe, le cas échéant, de la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire.*

*Selon les cas prévus par l'article L. 1111-7 précité, le délai de huit jours ou de deux mois court à compter de la date de réception de la demande ; lorsque le délai de deux mois s'applique en raison du fait que les informations remontent à plus de cinq ans, cette période de cinq ans court à compter de la date à laquelle l'information médicale a été constituée.*

### DESIGNATION DES PIECES DU DOSSIER PATIENT SOUHAITEES

- Comptes rendus de consultation
- Comptes rendus d'hospitalisation
- Comptes rendus opératoires

Autres pièces : merci de préciser votre demande :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NB : les pièces communiquées au demandeur seront en rapport exact avec le motif de la demande, telle qu'elle aura été formulée.

Fait à ..... le : ..... Signature :

- ② - Aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier

**DECISION DE COMMUNICATION**  
(CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION)

**ACCEPTATION**

Date de transmission des informations demandées :

- au demandeur :            /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/
- au médecin désigné        /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Date de consultation du dossier patient sur place : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/ Lettre du :

Précisions sur le ou les pièces communiquées et les séjours concernés :

- Comptes rendus de consultation
- Comptes rendus d'hospitalisation
- Comptes rendus opératoires
- Dossier d'anesthésie
- Courriers échangés entre professionnels de santé
- Informations relatives aux soins infirmiers
- Copies des radiographies
- Comptes rendus d'examens complémentaires (biologie, radiologie...)
- Autres pièces

**REFUS**

Date : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Motif : .....

- Refus d'un patient concernant la communication de son dossier à un ou à ses ayants droits.

Date : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

- Délivrance d'un certificat médical

Date : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Date :

Signature :

## PRET DE CLICHES RADIOGRAPHIQUES ET/OU ECHOGRAPHIQUES

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/----

Agissant pour le compte de :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/----

Lien de parenté ou de responsabilité légale : .....

souhaite disposer des clichés de radiographies et/ou échographies

et m'engage à les restituer au Centre hospitalier Erdre & Loire dans un délai d'un mois à compter de la date de prêt,

Date :

Signature :

### **Législation en vigueur :**

#### **Circulaire du 2 août 1960 relative à la délivrance des clichés radiographiques aux malades des hôpitaux et hospices publics**

La conservation des clichés radiographiques obéit à des régimes différents selon les circonstances.

S'agissant des **consultations externes**, la Circulaire précitée prévoit :

« Les clichés radiographiques effectués en service de consultation externe sur des malades ambulatoires doivent **être remis soit au malade, soit au médecin traitant, lorsque le malade en a formulé la demande** ».

A défaut de remise de ces documents au patient ou au médecin traitant, ils sont conservés par l'établissement de santé pendant **cinq ans**.

S'agissant des **autres hypothèses**, dont celle de **l'hospitalisation**, les clichés radiographiques sont **insérés au dossier médical** :

« L'hôpital doit conserver les dossiers des malades hospitalisés et, notamment, les clichés radiographiques originaux ».

Cette exigence est désormais confirmée par la nouvelle rédaction de l'article R 710-2-2 du Code de la santé publique, lequel intègre au dossier du patient les « examens para-cliniques notamment d'imagerie ».

**Partie intégrante du dossier médical, la conservation des clichés radiographiques est subordonnée à celle du dossier patient.**