

	<b>Enregistrement</b>	REFERENCE	VERSION	DATE D'APPLICATION
		PEC_10_058	5	05/02/2025
<b>ENR/ Demande de communication d'un Dossier Médical en qualité d'ayant-droit</b>				

Formulaire à retourner dûment rempli et signé à : Département des Parcours de Santé et de l'Autonomie  
 Centre Hospitalier de Blois – Mail Pierre Charlot – 41016 BLOIS CEDEX ou [sec.soins.usagers@ch-blois.fr](mailto:sec.soins.usagers@ch-blois.fr)

**IDENTITE**

**IDENTITE DU DEMANDEUR (AYANT DROIT) :**

La notion d'ayant droit englobe tous les successeurs légaux de la personne décédée (arrêté du 3 janvier 2007, JO du 16 janvier 2007).

Nom usuel ..... Nom de naissance.....

Prénom ..... Date de naissance.....

Adresse.....

.....

Mail : ..... Téléphone : ...../...../...../...../.....

Lien avec le patient décédé .....

**IDENTITE DU PATIENT DECEDE :**

Nom usuel ..... Nom de naissance.....

Prénom ..... Date de naissance.....

Date du décès .....

**PIECES A JOINDRE**

- copie recto/verso d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire)
- copie de l'acte de décès
- pièces justifiant de votre qualité d'ayant droit (livret de famille, acte notarié, certificat d'hérédité, contrat particulier...)

**MOTIF DE LA DEMANDE (*mention obligatoire*)**

Le secret médical reste protégé par la loi même après le décès du patient. En qualité d'ayant droit, **vous n'avez donc pas l'accès à l'intégralité du dossier médical**. Sous réserve que le défunt ne s'y est pas opposé de son vivant, vous pouvez obtenir des informations qui répondent à l'un des 3 motifs prévus par le législateur :

- Connaître les causes du décès du patient
- Défendre la mémoire du défunt. Précisez le motif : .....

.....

- Faire valoir un droit. Précisez lequel : .....

.....

L'équipe médicale déterminera les éléments du dossier médical qui répondent à cet objectif et seuls ces derniers pourront vous être transmis. Il est donc important de bien expliquer les raisons de votre demande.

L'établissement se réserve le droit de demander des justificatifs concernant le motif de votre demande.

**ELEMENTS DU DOSSIER DEMANDES**

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de préciser : les périodes d'hospitalisation, dates de consultation et les services de soins concernés ainsi que les documents souhaités.

.....

.....

.....

PEC\_10\_058 - version 5 applicable jusqu'au 2028-02-05



# Enregistrement

REFERENCE

VERSION

DATE D'APPLICATION

PEC\_10\_058

5

05/02/2025

## ENR/ Demande de communication d'un Dossier Médical en qualité d'ayant-droit

### MODALITES DE COMMUNICATION

- Remise de copies sur place (aux horaires du secrétariat du Département des Parcours de Santé et de l'Autonomie)
- Envoi de copies à votre domicile (par lettre recommandée avec accusé de réception)
- Envoi de copies à un médecin de votre choix (par lettre recommandée avec accusé de réception)  
 Précisez :      Nom .....  
                      Adresse .....
- Consultation du dossier original sur place avec présence obligatoire d'un médecin de l'établissement (sur rendez-vous).

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Conformément à un arrêt en date du 26 octobre 2023 (C-307/22) de la Cour de Justice de l'Union Européenne aucune facturation n'est applicable lors de la première demande ; à partir d'une seconde demande, si cette dernière est identique à la première, les tarifs en vigueur s'appliqueront ainsi qu'il suit :

- 0,22 €/copie papier,
- 4.10 €/CD imagerie,
- frais d'envoi postaux selon le poids du dossier (en Recommandé avec AR).

Je prends note :

- que la réalisation des copies et l'envoi en recommandé avec AR, si nécessaire, me seront préalablement facturés ;
- que le délai pour un dossier médical de moins de 5 ans est de 8 jours ouvrables, et peut atteindre 2 mois pour un dossier datant de plus de 5 ans (date de dernière hospitalisation).

Date de la demande :

Signature du demandeur

PEC\_10\_058 - version 5 applicable jusqu'au 2028-02-05

Destinataire	Lieu d'archivage	Durée d'archivage
Direction des Usagers	Direction des Usagers	10 ans