

Formulaire à retourner, accompagné de l'ensemble des justificatifs :

- **À l'adresse mail suivante :** crdp@chu-caen.fr
- **À l'adresse postale suivante :** Cellule de reproduction des dossiers patients (CRDP) – Direction des affaires juridiques – CHU Caen Normandie, Avenue de la Côte de Nacre, CS 30001 14033 Caen Cedex 9.

IDENTITÉ ET QUALITÉ DU DEMANDEUR

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Né(e) le :/...../..... à :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Courriel :@.....

Votre qualité :

Patient

Représentant légal

Patient mineur /Patient majeur (préciser la mesure de protection)

- Nom et prénom du patient :

- Date de naissance :

Ayant droit de :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Date du décès :

Si vous avez la qualité d'ayant-droit, il est impératif de cocher l'un des motifs ci-dessous justifiant la demande (article L. 1110-4 du code de la santé publique) :

Connaître la ou les cause(s) du décès

Faire valoir un droit (à justifier obligatoirement) :

.....
.....

Défendre la mémoire du défunt (à justifier obligatoirement) :

.....
.....

Attention : La loi ne donne pas accès à la totalité du dossier médical d'un patient majeur décédé : les médecins ne pourront communiquer que les éléments du dossier répondant strictement à l'objectif poursuivi, qui aura été précisé ci-dessus. Précisez obligatoirement quel(s) droit(s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.

DOCUMENTS SOUHAITES (cocher la ou les cases correspondantes SAUF AYANT-DROIT) :

- Compte(s) rendu(s) d'hospitalisation
- Compte(s) rendu(s) opératoires
- Compte(s) rendu(s) de consultation
- Dossier d'anesthésie (pré, per, post anesthésie)
- Résultat(s) d'examen(s) de laboratoire (biologie, anatomopathologie...)
- Résultats d'examens (ECG, Epreuves d'effort...)
- Compte rendu de l'examen d'imageries
- Imageries sur support CD ROM
- Dossier paramédical
- Dossier transfusionnel
- Autres :

PRECISIONS PERMETTANT LA RECHERCHE

Période de prise en charge souhaitée : du...../...../..... au...../...../.....

Dates (début et fin)	Service(s) concerné(s) ou pathologie(s)	Nature du document

MODALITÉS DE COMMUNICATION DU DOSSIER (cocher la case correspondante)

Envoi dématérialisé par lien Seafile

Un lien Seafile sera adressé par mail au demandeur. Il permettra de télécharger gratuitement les documents demandés. Le demandeur recevra un code de validation par SMS qui lui garantit la sécurité de l'accès au lien grâce à une double authentification. Le lien expirera à l'issue d'un délai de 15 jours à compter de l'envoi.

** Il est impératif de renseigner ci-dessus votre numéro de téléphone portable pour recevoir le code de validation par SMS.*

Envoi postal par lettre recommandée avec accusé de réception (voir tarifs)

o Si envoi à un médecin ou avocat de votre choix :

Nom et Adresse :

Une remise en main propre ou au mandataire sur place (voir tarifs) :

Nom et prénom du mandataire : Né(e) le :/...../..... à.....

☐ **Une consultation sur place (gratuit) :**

Souhaitez-vous **un accompagnement médical lors de cette consultation** pour vous aider à **mieux comprendre les informations** contenues dans le dossier ? **OUI** **NON**

TARIFS DES COPIES ET ENVOI PAPIER

COPIES	CD – ROM / DVD	COURRIER LR/AR
0.18€ / FEUILLE	2.75€ / CD OU DVD	Tarif en vigueur

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES A TRANSMETTRE

Tout demandeur doit joindre une **copie recto-verso** de sa pièce d'identité **en cours de validité**.

Représentant légal	<ul style="list-style-type: none"> • Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient en cours de validité • Copie du livret de famille (pour un patient mineur) • En cas de mesure de protection avec représentation relative à la personne : copie du jugement
---------------------------	--

Ayant droit	<p><u>Justificatifs à produire dans tous les cas</u> : copie recto-verso d'une pièce d'identité à votre nom, en cours de validité, à laquelle il convient d'ajouter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour le conjoint survivant et enfant(s) : <ul style="list-style-type: none"> - Copie du livret de famille et/ou de l'acte de naissance - Copie de l'acte de décès • Pour les autres demandeurs : <ul style="list-style-type: none"> - Acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établi par un notaire attestant de la qualité d'ayant droit ou attestation des héritiers (délivré en mairie s'agissant des successions dont le montant est inférieur à 5 000 €) - Copie de l'acte de décès - <u>Pour le partenaire d'un PACS</u> : il convient de produire en plus des pièces précitées la copie de l'acte de naissance portant mention du PACS ou une preuve de l'inscription du contrat de PACS à la mairie où il a été enregistré - <u>Pour le concubin</u> : il convient de produire en plus des pièces précitées les éléments prouvant la situation de concubinage.
--------------------	--

Mandataire	<ul style="list-style-type: none"> • Pièce d'identité recto-verso du patient en cours de validité • Mandat signé du patient
-------------------	---



Conformément à la loi n° 78-17 Informatique et liberté du 6 janvier 1978 et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), vous disposez du droit d'accès, à la rectification, à la limitation de traitement et à l'effacement de vos données personnelles. Il sera procédé à l'effacement des justificatifs produits une fois la demande traitée.

Je soussigné(e), M/Mme.....certifie avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier patient et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

Date de la demande :/...../.....

Signature du demandeur :

*La cellule de reproduction des dossiers patient reste à votre disposition pour toute information relative à la demande d'accès au dossier patient au **02.31.06.48.35**.*