

## Formulaire de communication de dossier médical

### Pour l'ayant droit d'un patient décédé

#### Identité du patient décédé

---

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Date du décès : ..... Service concerné : .....

#### Identité de l'ayant droit :

---

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Lien de parenté avec le patient : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

*Afin de sécuriser l'envoi de vos fichiers (pièces d'identité...) par messagerie, nous vous conseillons d'utiliser le lien suivant pour l'ajout d'un filigrane : <https://filigrane.beta.gouv.fr>*

Merci de fournir :

- Une photocopie de votre pièce d'identité et un justificatif de domicile
- Un certificat d'hérédité ou un acte notarié

#### Motif de la demande (veuillez cocher la case de votre choix)

---

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt

↳ Motivation de la demande **obligatoire** : .....

Faire valoir ses droits

↳ Motivation de la demande **obligatoire** : .....

Les ayants droits du patient décédé peuvent accéder à son dossier médical sauf s'il a exprimé un refus en ce sens de son vivant. De plus, l'accès ne concerne que les pièces strictement nécessaires à faire valoir leurs droits, à la défense de la mémoire du défunt ou à la compréhension des causes du décès (article L1111-4 du Code de la Santé Publique). La notion d'ayant droit désigne les successeurs légaux du défunt conformément aux dispositions du Code Civil, tels que les conjoints successible, les enfants descendants ou les pères et mères.

**Rappel : les ayants droits ne peuvent obtenir que les informations nécessaires à la réalisation de l'un des objectifs ci-dessus référencés. Il ne peut y avoir communication de l'entier dossier médical.**

**Modalités de communication des éléments du dossier médical (veuillez cocher la case de votre choix)**

---

- Consultation de pièces autorisées au Centre Hospitalier avec possibilité d'un accompagnement médical.
- Envoi de pièces autorisées à mon domicile, sous pli recommandé.

**Délai d'accès aux informations demandées:**

---

A compter de la réception de ce formulaire le Centre Hospitalier doit procéder à la communication des pièces autorisées dans un délai :

- De 8 jours,
- De 2 mois si les éléments du dossier datent de plus de 5 ans.

**Date et signature du demandeur :**

Date :

Signature :

**Formulaire à transmettre accompagné des pièces justificatives à :**

*Centre Hospitalier de Montauban  
Archives Médicales  
100, rue Léon Cladel  
BP 765  
82013 MONTAUBAN CEDEX*

**Téléphone : 05.63.92.82.70**

**Ou par courriel :**

[archives@ch-montauban.fr](mailto:archives@ch-montauban.fr)

**Site internet :**

[www.ch-montauban.fr](http://www.ch-montauban.fr)

**Rubrique « droits et devoirs des patients »**