

**DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES
A UNE PERSONNE DECEDEE**

Imprimé à retourner rempli et signé au :

**SERVICE D'ACCES AUX DOSSIERS PATIENTS
Hôpital PURPAN – Pavillon SENAC-1er étage-
Place du Docteur Baylac – TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
Ou par messagerie à : sadp@chu-toulouse.fr**

IDENTITE DU PATIENT :

Nom : Prénom
Nom de jeune fille :
Date de naissance :/...../.....
Date de décès :/...../.....

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom : Prénom :
Adresse :
N° Téléphone (domicile et/ou portable) : / / / /
Adresse mail (**en majuscule**) :

QUALITE DU DEMANDEUR : (cf. Arrêté du 03/01/2007) :

- Conjoint survivant ou descendants (enfants) : copie carte d'identité recto-verso + livret de famille (jusqu'à la page de naissance du demandeur) + justificatif de domicile au nom du demandeur + acte de décès
- Partenaire lié par un PACS : copie carte d'identité recto-verso et copie du PACS ou d'un acte de naissance récent + justificatif de domicile au nom du demandeur + acte de décès
- Concubin : copie carte d'identité recto-verso et un **justificatif de vie commune** + justificatif de domicile au nom du demandeur + acte de décès
- Autres (ayants droit) : copie carte d'identité recto-verso + livret de famille (jusqu'à la page de naissance du demandeur) + acte notarié ou d'évolution successorale (établis par un notaire justificatif de domicile au nom du demandeur + acte de décès

Le SADP se réserve le droit de vous demander tout autre justificatif

INFORMATIONS MEDICALES

Le(s) service(s) ou la(es) spécialité(s) concernés :
.....
Période :

**DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES
A UNE PERSONNE DECEDEE**

OBJECTIF POURSUIVI : (art. L.1110-4 du Code de la Santé Publique)

Merci de cocher le motif qui vous correspond :

- connaître les causes du décès**
- défendre la mémoire du défunt** (ex : maladie professionnelle, ...)
(Préciser ci-après les circonstances qui vous conduisent à défendre la mémoire du défunt)
- faire valoir un droit** (ex : droit à assurance, droit successoral, réparation d'un préjudice...)
(Préciser ci-après la nature du droit que vous souhaitez faire valoir)

Précisions :

.....
.....
.....
.....

En fonction de l'objectif que vous poursuivez, et conformément à la réglementation en vigueur, vous aurez accès aux seules informations répondant à cet objectif. **Le dossier médical complet ne peut être communiqué.**

MODALITES DE COMMUNICATION : (ne cocher qu'une seule modalité)

- Consultation sur place des pièces du dossier médical. Vous serez contacté pour fixer un rendez-vous**

Avec accompagnement médical : Oui - Non

- Envoi à mon domicile**

Le dossier vous parviendra en recommandé remis contre signature, bien préciser le numéro de la porte, de l'étage, de l'appartement ainsi que votre numéro de téléphone.

- Envoi au médecin de mon choix** (nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin) :

.....
.....

**Nous vous rappelons que toute reproduction est à la charge du demandeur (Article L1111-7 du Code de la santé publique) et vous sera facturée :
(0.18 centimes la copie papier A4, 2.75€ le CD Rom ainsi que les frais d'envoi postal)**

Une seule copie de dossier sera réalisée et adressée. Tout envoi ou reprographie complémentaire donnera lieu à une nouvelle facturation.

Date Signature :