

**IDENTITE**

**Je soussigné(e),**

- Madame       Monsieur

NOM ..... PRENOM .....

Né(e) le ..... à (Lieu de naissance) .....

Adresse .....

.....

Téléphone : .....

**Demande l'accès à mon dossier médical**

**Demande l'accès au dossier médical de :**

- Madame       Monsieur

NOM .....PRENOM.....

Né(e) le ..... à (Lieu de naissance).....

Lien de filiation (parenté) .....

Adresse ... ..

.....

**En qualité de :**

- Ayant droit
- Personne ayant l'autorité parentale
- Mandataire

**Motif de la demande :**

- connaître la cause du décès
- défendre la mémoire du défunt
- faire valoir mes droits

**NATURE DE LA DEMANDE**

L'ensemble de mon dossier médical (Ensemble des documents relatifs aux hospitalisations, consultations, soins ambulatoires)

Une partie du dossier correspondant à une/des hospitalisation(s) en particulier(s)

Préciser : du ..... au .....

                  du ..... au .....

                  du ..... au .....

                  du ..... au .....

                  du ..... au .....

Une/Des pièce(s) précise(s) du dossier médical

Préciser : .....

.....

.....

**Service concerné par les soins :**

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maine A     | <input type="checkbox"/> Loire 1     |
| <input type="checkbox"/> Maine B     | <input type="checkbox"/> Loire 2     |
| <input type="checkbox"/> URP Maine   | <input type="checkbox"/> Loire 3     |
| <input type="checkbox"/> UPAO        | <input type="checkbox"/> URP Loire   |
| <input type="checkbox"/> autre:..... | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |

## MODALITES DE COMMUNICATION

Je choisis la modalité de communication du dossier médical suivante :

- Consultation du dossier médical sur place (sans frais)
- Envoi à mon médecin traitant par messagerie sécurisée:.....
- Retrait du dossier médical au secrétariat du secteur (Frais de copies)
- Envoi postal par recommandé avec avis de réception (Frais de copies / LRAR indissociable de l'envoi)
  - A mon adresse
  - A l'adresse suivante

NOM .....PRENOM.....

Adresse .....

.....

.....

et m'engage à régler les frais afférents à cette communication, le cas échéant.

Fait à .....

Le.....

Signature

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

**A la suite d'une consultation sur place du dossier**, vous avez la possibilité de demander une copie (Frais de copies + si envoi frais d'envoi en recommandé) avec délai d'envoi réglementaire appliqué.

**Délai d'envoi par l'établissement** (à compter de la date de réception de la demande complète, justifiée et dûment signée) :

- huit jours pour les informations datant de cinq ans et moins
- deux mois pour les informations datant de plus de cinq ans

Ce formulaire est à retourner compléter et signer, accompagné des pièces justificatives (cf.tableau page 3) par courrier à l'adresse suivante :

**CESAME**  
Direction des usagers  
B. P. 50089  
49130 SAINT GEMMES SUR LOIRE

Ou par mail : [duq.secretariat@ch-cesame-angers.fr](mailto:duq.secretariat@ch-cesame-angers.fr)

Frais de photocopies à la charge du demandeur :

0,18 € par page de format A4 (noir et blanc)

0,36 € par page de format A3 (noir et blanc)

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

QUALITE DU DEMANDEUR	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR
<b>La personne concernée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- justificatif d'identité</li> </ul>
<b>Ayant droit en cas de décès de la personne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- justificatif d'identité</li> <li>- justificatif de la qualité d'ayant droit (livret de famille, PACS, ...)</li> <li>- justificatif de décès de la personne</li> </ul>
<b>Personne ayant l'autorité parentale pour les mineurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- justificatif d'identité</li> <li>- justificatif de l'autorité parentale et de filiation</li> </ul>
<b>Tuteur familial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- justificatif d'identité</li> <li>- justificatif de la qualité de tuteur (ordonnance du juge des contentieux de la protection)</li> </ul>
<b>Mandataire professionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- justificatif d'identité du mandataire</li> <li>- justificatifs de la qualité du mandataire</li> </ul>