

## Demande de communication d'un Dossier Médical par un **ayant droit d'une personne décédée**

Demande à renvoyer par lettre simple à Monsieur le Directeur  
du Centre Hospitalier d'Avallon 89200

### Identité du demandeur (joindre impérativement une copie recto-verso de votre pièce d'identité)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Domicile actuel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Lien avec la personne décédée (joindre obligatoirement une copie du livret de famille prouvant le lien de filiation ou tout autre document établissant la qualité d'ayant droit, de concubin ou de partenaire ainsi qu'un acte de décès)

#### Motif de la demande :

Conformément à l'avis de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA), en date du 22 décembre 2009, n°20094291 : « L'objectif relatif aux causes de la mort n'appelle pas de précisions supplémentaires de la part du demandeur, il en va différemment des deux autres objectifs. Invoqués tels quels ils ne sauraient ouvrir droit à la communication d'un document médical. Il appartient au demandeur de préciser les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu'il souhaite faire valoir. »

Je souhaite (cocher la case correspondante) :

- Connaître les causes du décès
- Défendre la mémoire du défunt.

Précisez : \_\_\_\_\_

- Faire valoir des droits

Précisez : \_\_\_\_\_

L'article L.1110-4 alinéa 7 du Code de la santé publique dispose : « le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour **leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits**, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

### Concernant la personne décédée dont l'identité suit :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Date et lieu du décès : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : \_\_\_\_\_

#### Je demande

- La possibilité de consulter sur place le dossier médical

**Je demande que la copie** de ces documents : **(cocher la case correspondant à votre demande)**

Soit tenue à ma disposition (je viendrai les retirer au Département d'Information Médicale)

Me soit adressée, à mes frais, par pli recommandé

Directement à mon adresse ci-dessus

Par l'intermédiaire du Médecin ci-après désigné :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :