

Imprimé à retourner complété et signé par courrier ou courriel :

A l'attention de la direction – Domaine de la Cadène

15 Impasse de la Cadène

31200 TOULOUSE

secretariat@lacadene.fr

IDENTITÉ DU PATIENT :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../.....

Date de décès :/...../.....

IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL DEMANDEUR :

Nom : Prénom :

Adresse postale :

.....

Numéro de téléphone (portable et/ou fixe) :/...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

Adresse électronique (en majuscule) :

QUALITÉ DU DEMANDEUR (cf. articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du Code de la santé publique) :

Merci de joindre à ce formulaire les éléments indiqués pour chaque qualité :

☐ **Conjoint survivant ou enfant**

- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité ;
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois à votre nom ;
- Une copie du livret de famille (jusqu'à la page où votre identité apparaît) ;
- Une copie de l'acte de décès du patient.

☐ **Partenaire lié par un pacte civil de solidarité**

- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité ;
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois à votre nom ;
- Une copie du pacte civil de solidarité conclu avec le défunt ;
- Une copie de l'acte de décès du patient.

☐ **Concubin**

- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité ;
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois à votre nom ;
- Un certificat de concubinage ou de vie commune pouvant être délivré par la mairie de votre domicile ou, à défaut, une attestation sur l'honneur signée par les deux concubins
- Une copie de l'acte de décès du patient.

☐ **Ayant-droit**

- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité ;
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois à votre nom ;
- Un acte notarié indiquant que vous êtes ayant-droit du défunt ;
- Une copie de l'acte de décès du patient.

Le Service Qualité et Gestion des Risques se réserve le droit de vous demander tout autre justificatif.

INFORMATIONS DEMANDÉES :

Afin que votre demande puisse être instruite de la manière la plus adaptée, merci de nous préciser les services et périodes concernées :

Service du/...../..... au/...../.....

Service du/...../..... au/...../.....

Service du/...../..... au/...../.....

Service du/...../..... au/...../.....

Service du/...../..... au/...../.....

OBJECTIF(S) POURSUIVI(S) (cf. article L. 1110-4 du Code de la santé publique) :

Merci de cocher l'objectif que vous poursuivez :

☐ **Connaître les causes du décès**

☐ **Défendre la mémoire du défunt**

Merci de préciser ci-dessous les circonstances qui vous conduisent à chercher à défendre la mémoire du défunt.

☐ **Faire valoir vos droits**

Merci de préciser ci-dessous la nature des droits que vous souhaitez faire valoir.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Au titre des textes susvisés, le dossier patient complet d'un défunt ne peut être communiqué. Dès lors, vous ne pourrez avoir accès qu'aux informations relatives à la santé du défunt répondant à l'objectif invoqué ci-dessus. C'est le médecin président de la CME en charge de la validation préalable des documents qui déterminera quels éléments vous seront envoyés.

MODALITÉS DE COMMUNICATION (merci de ne choisir qu'une option) :

☐ **Envoi par courrier à mon domicile**

Le dossier patient vous parviendra par courrier recommandé remis contre signature. Veuillez donc à bien préciser votre adresse postale (étage, numéro d'appartement...) ainsi que votre numéro de téléphone.

☐ **Remise en mains propres sur rendez-vous**

Le secrétariat du service concerné vous contactera afin de vous proposer un rendez-vous.

☐ **Consultation sur place sur rendez-vous**

Avec accompagnement médical : ☐ Oui ☐ Non

Pour toute consultation accompagnée par un médecin, le secrétariat du service concerné vous contactera afin de vous proposer un rendez-vous.

☐ **Par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix**

Docteur :

Adresse postale :
.....

Numéro de téléphone :/...../...../...../.....

Nous vous informons qu'une seule copie du dossier patient demandé sera réalisée (pour l'envoi par courrier ou la remise en mains propre) et adressée moyennant les frais suivants :

- 0,50 € par page copiée
- Les frais d'envoi sont fixés sur le tarif postal en vigueur

Date :/...../.....

Signature :