



Clinique des Cèdres
Certifiée HAS V2014

DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES A UN DOSSIER DE PATIENT DECEDE

Diffusion par :
Département de
l'Information
Médicale

Processus : gestion du système d'information – dossier patient

IMPRIMÉ à RETOURNER par le DEMANDEUR à l'adresse suivante :
Secrétariat de direction – Clinique des Cèdres
21 Rue Albert Londres, BP 219 - 38432 Echirolles cedex

IDENTITE DU DEMANDEUR ①

NOM DE FAMILLE : TELEPHONE :
PRENOMS : PORTABLE :
ADRESSE : E-MAIL :
..... VILLE :
..... CODE POSTAL :
.....

QUALITE D'AYANT-DROIT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Epoux, Epouse ② | <input type="checkbox"/> Tuteur ③ |
| <input type="checkbox"/> Enfants ② | <input type="checkbox"/> Partenaire de PACS ④ |
| <input type="checkbox"/> Père, mère, représentant légal d'un enfant mineur ② | <input type="checkbox"/> Autres (héritiers, bénéficiaires d'une assurance décès...) ⑤ |

IDENTITE DU PATIENT DECEDE

NOM DE FAMILLE : NOM DE JEUNE FILLE :
PRENOMS : LIEU DE NAISSANCE :
DATE DE NAISSANCE : / / VILLE :
ADRESSE : CODE POSTAL :
..... DATE DU DECES : / /
.....

Cadre réservé à l'administration

N° IPP :
N° DOSSIER :

MOTIF DE LA DEMANDE ⑥

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Recherche de la connaissance des causes du décès. | <input type="checkbox"/> Faire valoir les droits des ayants droits. |
| <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt. | |

①- Joindre copie de la carte d'identité, ou du passeport.

②- Joindre copie du livret de famille (ou copie du certificat d'hérédité) et une copie de la décision du juge des affaires familiales en cas de séparation ou de divorce.

③- Joindre copie du jugement de tutelle.

④- Joindre copie de la convention de Pacs.

⑤- Joindre copie de l'attestation du notaire ou du contrat d'assurance.

⑥- Joindre une lettre explicitant le motif.

Conformément à la loi française (article 27 de la Loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données que nous pourrions être amenés à recueillir. Pour exercer ce droit adressez-vous à : Clinique des Cèdres – direction des usagers, des risques et de la qualité – 21 rue Albert Londres, BP 219 - 38432 Echirolles cedex

**DECISION DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER DE PATIENT DECEDE
(CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION)**

<input type="checkbox"/> ACCEPTATION <input type="checkbox"/> < 5 ans <input type="checkbox"/> < 5 ans Date de la demande :/...../..... Expertise : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date de réception du questionnaire :/...../..... Pièces fournies : <input type="checkbox"/> Pièce d'identité <input type="checkbox"/> Livret de famille <input type="checkbox"/> Jugement tutelle <input type="checkbox"/> Décision du juge des affaires familiales <input type="checkbox"/> Attestation concubinage <input type="checkbox"/> Contrat PACS <input type="checkbox"/> Attestation Notaire Date de la demande du dossier auprès des services :/...../..... Date de la relance du dossier auprès des services : /..... /..... Date de réception du dossier médical :/...../..... service :/...../..... service :/...../..... service :/...../..... service : Date de transmission des infirmations demandées : <ul style="list-style-type: none"> • Au demandeur :/...../..... • Au médecin désigné/...../..... Date de consultation du dossier patient sur place :/...../..... Date d'envoi du bordereau à la DAF :/...../.....	Enregistrement dans la base <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--

DEMANDE IRRECEVABLE

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

Motif (qualité droit non justifiée, refus du patient de son vivant,...) :

.....

Délivrance d'un certificat de décès Date :/...../.....

Date : Signature :

**FRAIS DE FACTURATION DE LA COMMUNICATION DE PIÈCES DU DOSSIER PATIENT
(CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)**

(Volet destiné à la Direction des affaires financières – Copie à communiquer par le secrétariat médical central au demandeur)

Relevé du nombre de copies

_____	Total des pages	_____
	Prix de la reproduction	_____ X 0.25 €
	Total A	<input type="text"/> €

Prix de l'expédition (Recommandé avec accusé de réception)

<u>Nom et prénom du demandeur</u> : <u>Nom et prénom du patient</u> : <u>Adresse</u> : <u>Date de communication</u> :	Poids de l'envoi	_____ Grammes
	Total B	<input type="text"/> €
	Total A, B	<input type="text"/> €