

A retourner, accompagné des justificatifs à :  
**M. le Directeur EPS de Lomagne**  
Rue Saint Laurent CS 60039 32502 FLEURANCE CEDEX

## IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur :  Patient  Tuteur  Ayant-droit  Représentant légal

Civilité :  Mme  M.

Nom : ..... Prénom : .....

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

Téléphone : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

## IDENTITE DU PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité :  Mme  M.

Nom : ..... Prénom : .....

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

## JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE

**Patient** : copie recto-verso de la pièce d'identité (carte d'identité, passeport)

**Représentant légal d'un patient sous tutelle** : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient et copie du jugement de tutelle

**Ayant-droits** : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, copie de l'acte du décès et suivant sa qualité :

copie du livret de famille (enfant du défunt ou son époux/épouse)

copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS (partenaire du défunt)

certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signée des concubins

(concubin)

et/ou certificat d'hérédité / acte notarié (héritier autre)

**Pour une personne décédée, le motif doit être obligatoirement précisé. Seules les informations permettant de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir un droit, peuvent être communiquées à ses ayants droits, à moins que le patient ne s'y soit opposé de son vivant (Article L 1110-4 du Code de la santé publique)**

Connaître les raisons du décès

Défendre la mémoire du défunt (précisez)

.....

Faire valoir un droit (précisez)

.....

## LES ÉLÉMENTS DU DOSSIER DEMANDÉS

Concernant le(s) séjour(s) suivant : *précisez les dates d'hospitalisation*

.....  
.....

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Imagerie médicale
- Résultats biologiques
- Dossier de soins paramédical
- Autres pièces (précisez) :

.....

## MODALITES DE COMMUNICATION ( à cocher)

- Consultation sur place à l'EPS de Lomagne (un RDV vous sera proposé par téléphone)

Je souhaite être assisté d'un médecin lors de cette consultation :    oui     non

- Une remise en main propre
- Envoi postal en recommandé avec accusé réception
- Envoi au médecin de votre choix : Précisez ses coordonnées

.....  
.....

*Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois maximum, à compter de la réception de la demande complète.*

## TARIFS DES REPRODUCTIONS

Photocopies (par page A4) Noir/blanc : 0.10 €  
Photocopies (par page A3) Noir/blanc : 0.15 €  
Copie de clichés radio 24x30 : 4.15 €

Je, soussigné(e),

M.....reconnais, avoir pris connaissance des conditions relatives à la transmission du dossier médical et m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi éventuels.

**Date :**

**Signature (manuscrite obligatoire) :**