

A retourner, accompagné des justificatifs à l'adresse :

Centre Hospitalier de Mayotte – Direction de la Qualité et des Relations avec les Usagers
Rue de l'hôpital – BP 04 – 97600 Mamoudzou
Courriel : relations-usagers@chmayotte.fr - Téléphone : 02 69 64 70 80

I – RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : Patient Tuteur Représentant légal Ayant-droit

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

II- RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance : IPP (si connu) :

Date d'hospitalisation concernée par la demande (obligatoire):

Cas particulier :

Si ayant-droit, patient décédé le (date) :

III- JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE (Obligatoire)

Patient :

- Copie recto-verso de la pièce d'identité officielle en cours de validité (CNI – Passeport, etc).

Représentants d'un mineur :

- Copie recto-verso de la pièce d'identité du parent
- Copie du livret de famille (partie parents et enfant) ou justificatif attestant de la qualité du titulaire de l'autorité parentale (extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois, jugement de divorce).

Représentants légaux d'un patient sous tutelle :

- Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur **et** de celle du patient,
- copie du jugement de tutelle

Ayant-droit :

- Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et copie de l'acte de 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 d'hérédité / acte notarié (*héritier autre*)

La communication des éléments du dossier ne peut s'effectuer si le patient, de son vivant, s'y est opposé.
Les établissements de santé ne sont autorisés à communiquer aux ayants droit d'une personne décédée que les seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif qu'ils poursuivent.

A cette fin, il est nécessaire d'indiquer le motif de la demande, parmi les trois suivants :

- Connaître les raisons du décès Défendre la mémoire du défunt Faire valoir vos droits

IV : LES ELEMENTS DEMANDES (A cocher)

<input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation (<i>gratuit</i>)
<input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire (<i>gratuit</i>)
<input type="checkbox"/> Lettre de sortie (<i>gratuit</i>)
<input type="checkbox"/> Résultats d'examens (précisez) :
<input type="checkbox"/> Imagerie médicale (précisez) : <input type="checkbox"/> compte-rendu (<i>gratuit</i>) <input type="checkbox"/> CDROM
<input type="checkbox"/> Intégralité du dossier (avec CDROM si existant) <input type="checkbox"/> Intégralité du dossier (sans CDROM si existant)
<input type="checkbox"/> Autre : Précisez

En cas de difficultés pour remplir cette partie, le médecin DIM reste à votre disposition pour plus d'informations (Dr Anne-Marie DE MONTERA 02 69 61 80 00, poste 3811).

V : LES MODALITES DE COMMUNICATION

<p>Tarif : les copies sont facturées à</p> <ul style="list-style-type: none">- 0,20€ page A4 N/B- 0.40€ page A3 N/B- 2.80€ CD- ROM <p>L'envoi par courrier postal (LR/AR) est facturé au tarif en vigueur.</p> <p>Vous souhaitez (à cocher) :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception (frais d'envoi postal en LR/AR facturés au tarif en vigueur)<input type="checkbox"/> Une remise en main propre : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone.<input type="checkbox"/> Une consultation sur place : un rendez-vous vous sera proposé par téléphone<input type="checkbox"/> Un envoi à un médecin de votre choix (frais d'envoi postal en LR/AR facturés au tarif en vigueur) <p>Précisez ses coordonnées :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

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)

CADRE RÉSERVÉ AU CHM

Validation administrative de la demande.

Date :

Directeur Adjoint en charge de la Qualité et des Relations avec les Usagers

Nawalidine SOULAIMANA,