HUMENSIA
Avec vous, préservons l'essentiel

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

A retourner, accompagné des justificatifs à :
Monsieur le Directeur Général Adjoint
d'HUMENSIA
470 rue Henri Potez 37210 PARÇAY-MESLAY
Téléphone : 02.47.36.29.29 - Courriel : tmcamus@humensia.org

HAD_PEC-IMP-5-4-7 V3 du 03/11/2026

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Qualité du demandeur : ☐ **Patient** ☐ **Tuteur** ☐ **Ayant-droit** ☐ **Représentant légal**

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance : ……Nom d'usage :……..

Prénom : ……Date de naissance : ……

Adresse : ……

Code postal : …….. Commune :……....

Tél : Domicile :……..Mobile :……..

Courriel……

IDENTITÉ DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

Nom de naissance : ……Nom d'usage :……..

Prénom : ……Date de naissance : ……

Cas particulier : patient décédé le……(seuls les ayants-droit du défunt peuvent faire cette demande)

JUSTIFICATIFS A JOINDRE A LA DEMANDE

Patient : copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité.

Représentants d'un mineur : (1) copie recto-verso de la pièce d'identité du parent et (2) 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 : (1) copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et de celle du patient, et (2) copie du jugement de tutelle.

Ayants-droit : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur, 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 de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signée des concubins** *(concubin)*
☐ **et/ou 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[1].

A cette fin, il est nécessaire d'indiquer le motif de la demande, parmi les trois motifs suivants :
□ Connaître les raisons du décès □ Défendre la mémoire du défunt □ Faire valoir vos droits

Pour les deux derniers motifs (défendre la mémoire du patient, faire valoir vos droits), vous devez détailler votre demande (toute demande incomplète ne pourra être traitée).

Précisez :
……
……

[1] *Articles L.1110-4 et L.1111-7 du code de la santé publique, décision CE n°270234.*

LES ÉLÉMENTS DU DOSSIER DEMANDÉS (à cocher)

- □ Compte-rendu d'hospitalisation
- □ Autres pièces (précisez) : ……..…
- □ Intégralité du dossier

Précisez la date du (des) séjour(s) concerné(s) par la demande :……..……...……..

MODALITÉS DE COMMUNICATION

Délai : 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 au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Vous souhaitez (à cocher) :

- □ Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception
- □ Un envoi à un médecin de votre choix (frais de copie et envoi postal en LR/AR facturés au tarif en vigueur)
  Précisez ses coordonnées :
  ……..……
  ……
- □ Une consultation sur place (un rendez-vous vous sera proposé par téléphone)

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.

Fait à ……**le**……

Signature du demandeur *(manuscrite obligatoire)* **:**