



**Dossier patient : demande de documents par un ayant droit, partenaire de PACS ou concubin d'un patient décédé**

N3-4047 - V1

Date de dernière diffusion : 15/09/2026

**IDENTITE DU PATIENT DECEDE**

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

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

Date de décès : ...../...../.....

**QUALITE/IDENTITE DU DEMANDEUR** (cochez la case correspondante et complétez)

☐ **Ayant droit**

☐ **Partenaire de PACS**

☐ **Concubin**

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

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

Téléphone : .....

Courriel : .....

Adresse postale : .....

*Seule une personne autorisée légalement peut accéder au dossier médical d'une autre personne*

**MOTIF DE LA DEMANDE** (cochez la ou les cases et complétez)

*En vertu de la législation en vigueur, le secret médical reste protégé même après le décès du patient. En votre qualité d'ayant droit, concubin ou partenaire de PACS, vous n'avez donc pas l'accès à l'intégralité du dossier médical. Sous réserve que le défunt ne s'y soit pas opposé de son vivant, vous ne pouvez obtenir que des informations répondant au motif de votre demande.*

Motif(s) de la demande :

☐ Connaître les causes du décès

☐ Faire valoir mes droits (\*)

☐ Défendre la mémoire du défunt (\*)

\* (Précisez obligatoirement de manière détaillée quel(s) droits vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue pour permettre à l'équipe hospitalière de déterminer les éléments de nature à y répondre) : .....

**MODALITES DE COMMUNICATION DES ELEMENTS** (cochez la case correspondante)

☐ Consultation sur place (sur RDV)    ☐ Retrait sur place (sur RDV)

☐ Envoi postal LRAR à l'adresse du demandeur

**PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE**

☐ **Dans tous les cas** : photocopie recto-verso de votre d'identité (carte d'identité, passeport)

☐ **Lorsque le patient n'est pas décédé au sein de l'établissement** : copie de l'acte de décès

☐ **Pour le conjoint survivant et le(s) enfant(s)** : copie du livret de famille ou acte de naissance pour le(s) enfant(s)

☐ **Pour les autres ayants droit** : certificat d'hérédité, acte de notoriété, acte de dévolution successorale

☐ **Pour le partenaire de PACS** : extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois faisant mention du PACS

☐ **Pour le concubin** : éléments prouvant la situation (certificat de concubinage délivré en Mairie, déclaration sur l'honneur signée par les 2 concubins, bail commun et quittance de loyer commune de moins de 3 mois avant le décès, document à la même adresse émanant d'un établissement gérant un service public (ex : impôts))

**FRAIS DE DELIVRANCE**

**1<sup>ère</sup> demande** : non facturée

**Demande(s) suivante(s) identique(s) à la 1<sup>ère</sup> demande, ainsi que toute demande excessive ou manifestement abusive :**

- |                                                       |                                                                                  |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Recommandé avec AR : 7,56 €  | <input type="checkbox"/> Clichés radio : 5,50 € l'unité                          |
| <input type="checkbox"/> Photocopies : 0,15 € l'unité | <input type="checkbox"/> CEDEROM (scanner, IRM et écho récents) : 0,67 € l'unité |

**MODALITE D'ENVOI DE VOTRE DEMANDE (accompagnée des justificatifs)**

☐ **Par courrier :**

CHI Compiègne-Noyon  
.....Service Transmission Dossiers Patients  
.....8 avenue Henri Adnot  
.....60321 COMPIEGNE Cedex

☐ **Par mail :** [tdp@ch-compiegne-noyon.fr](mailto:tdp@ch-compiegne-noyon.fr)

**Pour tout renseignement, veuillez contacter ce numéro : 03 44 23 61 29**

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

**Signature :**