



# FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL EN QUALITÉ D'AYANT-DROIT, DE CONCUBIN / DE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE (PACS)

Votre demande doit être formulée au moyen de cet imprimé dûment **complété, signé, accompagné des justificatifs demandés**. Elle doit être adressée à :

Hôpitaux Publics de l'Artois  
Direction des Relations avec les Usagers  
99 Route de la Bassée, Sac Postal 08, 62307 Lens Cedex

Pour le CH de Lens : [relationusagers@ch-lens.fr](mailto:relationusagers@ch-lens.fr) Pour le CH de Béthune-Beuvry : [relationusagers@ch-bethune.fr](mailto:relationusagers@ch-bethune.fr)  
Pour le CH d'Hénin-Beaumont : [relationusagers@ch-henin.fr](mailto:relationusagers@ch-henin.fr) Pour le CH de La Bassée : [relationusagers@ch-labasse.fr](mailto:relationusagers@ch-labasse.fr)

Nous attirons votre attention sur le caractère strictement personnel des informations qui vous seront transmises vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...) et des conséquences éventuelles que la révélation et/ou l'interprétation de certaines informations peuvent entraîner.

## IDENTITÉ DU DEMANDEUR (L'AYANT-DROIT, LE CONCUBIN OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS)

Nom ..... Nom de jeune fille : ..... Prénoms : .....

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

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....  
(Obligatoire)

Courriel : .....@.....

Lien de parenté avec le patient : .....

## IDENTITÉ DU PATIENT

Nom ..... Nom de jeune fille : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Date de Décès : ..... / ..... / ..... Décédé(e) au CH : Oui  Non

Lieu de prise en charge (obligatoire) :  CH Lens  CH Béthune Beuvry  CH La Bassée  CH Hénin-Beaumont

## MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE

Conformément à la réglementation en vigueur, et dans la mesure où vous agissez en qualité d'ayant-droit, votre demande doit être motivée par l'un des objectifs suivants (cochez votre choix) :

1)  Connaître les causes du décès 2)  Faire valoir vos droits 3)  Défendre la mémoire du défunt

Attention, l'équipe médicale déterminera les éléments du dossier médical qui permettent de répondre à la motivation de votre demande et seuls ces derniers vous seront transmis.

Il est donc obligatoire de justifier précisément votre demande lorsqu'elle concerne les motivations 2 ou 3 :

.....  
.....  
.....

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL EN QUALITÉ D'AYANT-DROIT, DE CONCUBIN / DE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE (PACS)

### MODALITÉS DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

- Je souhaite :  l'envoi postal à mon domicile en recommandé avec accusé de réception  
 le retrait sur place\*  
 la consultation du dossier sur place\*, accompagné(e) d'un médecin, avec éventuelle remise de copies

\*La Direction des Relations avec les Usagers vous contactera pour convenir d'un rendez-vous. En cas d'empêchement, merci de l'en informer pour fixer un autre rendez-vous. Sans réponse de votre part sous 15 jours, l'ensemble des documents vous sera envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception (frais à votre charge).

### TARIFICATION DES COÛTS DE REPRODUCTION

La délivrance de ces informations médicales est effectuée à titre gracieux : aucune facturation des coûts de reproduction et d'envoi des pièces médicales sollicitées.

La Direction se réserve toutefois la possibilité de facturer les coûts de reproduction et d'envoi des pièces médicales lorsqu'il s'agit d'une nouvelle demande de même nature dans un délai inférieur à 12 mois à compter de la première demande. Le cas échéant, les tarifs ci-après sont appliqués.

Tarifs au 1<sup>er</sup> janvier 2024 (Conformément à l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2001) :

- 0,18€ / copie A4
- 0,36€ / copie A3
- 2,75€ / CD-ROM (un ou plusieurs clichés radiographiques)

L'envoi est effectué en recommandé avec accusé de réception (selon poids et tarifs en vigueur).

### JUSTIFICATIF A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT A VOTRE DEMANDE

- Ayant droit (enfant ou conjoint)** : copie recto verso d'une pièce d'identité + copie du livret de famille + acte de décès + Motivation
- Ayant droit (autre)** : copie recto verso d'une pièce d'identité + certificat d'hérédité ou document notarié attestant de la qualité d'ayant droit (ou copie du PACS ou copie d'un certificat de vie commune, de concubinage) + acte de décès + Motivation

**Par ailleurs, j'atteste avoir pris connaissance de la notice d'information « Comment accéder au dossier médical ? » relative aux dispositions d'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé ainsi que les modalités d'envoi.**

Le : ..... / ..... / ..... à .....

Signature du demandeur :