

**DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES A UNE PERSONNE DECEDEE**

Imprimé à retourner rempli et signé au :  
**SERVICE D'ACCES AUX DOSSIERS PATIENTS**  
Hôpital PURPAN - Place du Docteur Baylac - TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex 9  
Ou par messagerie au : [sadp@chu-toulouse.fr](mailto:sadp@chu-toulouse.fr)

**N'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité**

**IDENTITE DU PATIENT:**


Nom : ..... Prénom .....  
Nom de jeune fille : .....  
Date de naissance : ...../...../.....  
Le(s) service(s) ou la(es) spécialité(s) concernés :  
.....  
.....  
.....

**IDENTITE DU DEMANDEUR :**


Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
N° Téléphone (domicile et/ou portable) : ... .. / ... .. / ... .. / ... .. / ... ..

**QUALITE DU DEMANDEUR: (cf. Arrêté du 03/01/2007) :**

- Concubin
- Partenaire lié par un PACS

 **Fournir le justificatif de cette qualité (copie du contrat de PACS, de l'acte de naissance, d'une facture commune de moins de 3 mois, du livret de famille, du certificat de concubinage...)**

- Conjoint survivant
- Descendants (enfants,...)
- Ascendants (père, mère,...)
- Collatéraux privilégiés (frère, sœur,...)
- Autres : .....

 **Fournir le justificatif de cette qualité (copie du livret de famille, acte notarié, certificat d'hérédité,...)**

**OBJECTIF POURSUIVI : (art. L.1110-4 du Code de la Santé Publique)**

- connaître les causes du décès : .....
- défendre la mémoire du défunt : .....
- faire valoir un droit (droit à assurance, droit successoral...) :  
.....

 **En fonction de l'objectif que vous poursuivez, vous aurez accès aux seules informations répondant à cet objectif.**

**MODALITES DE COMMUNICATION : (ne cocher qu'une seule modalité)**


- Consultation sur place**
  - Avec accompagnement médical Oui - Non
  - En présence d'une tierce personne de votre choix Oui - Non

**Envoi à mon domicile**

Le dossier vous parviendra sous enveloppe sécurisée : bien préciser le numéro de la porte, l'étage, l'appartement

**Envoi au médecin de mon choix**

Nom et adresse.....  
.....

 **Nous vous rappelons que toute reproduction vous sera facturée (0.18 centimes la copie papier A4, 2.75€ le CDRom ainsi que les frais d'envoi postal)**

Date .....

Signature :