

Demande d'Autopsie

*** Renseignements légalement obligatoires**

<p>PATIENT : (étiquette, vignette) :</p> <p>Nom* : _____</p> <p>Prénom* : _____</p> <p>Date de naissance* : _____ Sexe* : M / F</p> <p>Rue* : _____</p> <p>CP + Ville* : _____</p> <p>NISS* : _____</p> <p>N° dossier : _____</p> <p>Mutuelle : _____</p>	<p>PRESCRIPTEUR : (cachet)</p> <p>Date* : _____</p> <p>Nom – Prénom* : _____</p> <p>N° INAMI* : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Signature* : _____</p> <p>Copies protocole : _____</p>
--	---

<p>INFORMATIONS GENERALES* :</p> <p>Date de la demande : _____</p> <p>Date de décès : _____ Heure de décès : _____</p> <p>Médecin(s) ayant la charge du patient: _____</p> <p>Téléphone(s) de contact : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Risque contagieux : (préciser)</p>
--	---

CONDITIONS OBLIGATOIRES POUR LA REALISATION DE L'AUTOPSIE

1. Il n'y a pas d'opposition du point de vue administratif, religieux, familial à la pratique de cette autopsie
2. Faire compléter l'autorisation écrite de la famille / des parents (voir verso)
3. Il n'y a pas d'instruction judiciaire en cours concernant le décès du patient

DIAGNOSTIC CLINIQUE* :

EVOLUTION TERMINALE :

PROBLEMES CLINIQUES A ELUCIDER :

AUTORISATION POUR LA REALISATION DE L'AUTOPSIE*

Je soussigné :

père / mère / proche parent (préciser)

- Autorise la réalisation d'une autopsie
- Refuse la réalisation d'une autopsie

sur le corps de

décédé(e) le

au sein du Centre Hospitalier de Wallonie picarde

Tournai, le

Signature,