CADRE RESERVE AU LABORATOIRE
ID Techn : Date réception de la demande :
NC n°: ☐ Bloquant (A) ☐ Non-Bloquant (N)

Demande d'Autopsie

*** Renseignements légalement obligatoires**

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

INFORMATIONS GENERALES* :	☐ **Risque contagieux :** (préciser)
Date de la demande : Date de décès : Heure de décès : Médecin(s) ayant la charge du patient: Téléphone(s) de contact :	

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 :

Laboratoire d'anatomie pathologique | CHwapi
Site UNION | 51, Rue des sports - 7500 TOURNAI
www.chwapi.be | secretariat.anapath@chwapi.be | Tél : 069/33.33.70 | Fax : 069/33.33.86

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,

Laboratoire d'anatomie pathologique | CHwapi
Site UNION | 51, Rue des sports - 7500 TOURNAI
www.chwapi.be | secretariat.anapath@chwapi.be | Tél : 069/33.33.70 | Fax : 069/33.33.86