

**AUTORISATION PAR LES PARENTS
A PRATIQUER UN EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE**

<https://www.hug.ch/feuilles-de-demande>

Je soussigné(e) autorise qu'un examen anatomopathologique soit pratiqué sur le corps de mon foetus. Cet acte médico-scientifique a pour objet de mieux comprendre les causes de son décès, et de définir ou préciser la présence d'éventuelles anomalies de développement ou malformations.

- J'autorise un examen anatomopathologique à visée diagnostique uniquement.
Souhaitez-vous exclure un ou plusieurs organes ? Si oui, lesquels ?

.....

OU

- J'autorise un examen anatomopathologique à visée diagnostique, avec possibilité d'utilisation des prélèvements réalisés pour l'enseignement et la recherche **sous forme codée**.

Souhaitez-vous exclure un ou plusieurs organes ? Si oui, lesquels ?

.....

Je peux obtenir des informations sur les conclusions de l'examen anatomopathologique auprès du médecin responsable soussigné, ou durant un rendez-vous de suivi médical.

Nom des parents (en caractères d'imprimerie) :

.....

Signature des parents :

Date :

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) :

.....

Téléphone/GSM

Signature :

Date :

Conserver une copie dans le dossier patient