



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève



**Département Diagnostique  
Service de Pathologie Clinique**

Médecin Chef : Prof. Laura Rubbia-Brandt

Centre Médical Universitaire  
1 rue Michel Servet - CH- 1211 Genève 14  
<https://www.hug.ch/feuilles-de-demande>

Secrétariat  
Tél. (022) 37 24 909 / 911 / 912 / 913 / 921 / 922  
Fax (022) 37 25 199

**Réception : Local de la Macroscopie**  
Local **E05.3352.a** (CMU, 5<sup>ème</sup> étage)  
Tél. (022) 3724934

Mme  / Mlle  (SVP: caractères d'imprimerie)

**N°Eds HUG :**

Nom:

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance :

Rue/N°:

c/o

Localité, Code postal :

**Patiente :**  Ambulatoire  Hospitalisé

**Adresse de facturation :**  Patient  Demandeur  Hôp/Clinique/Autre

**Nature du cas :**  Maladie  Maternité  Accident  AI

n°AVS.....

**Assurance :** ..... **N° Assuré :** .....

**DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE**  
**Fœtus de <22 semaines d'aménorrhée et/ou placenta**

- A examiner :**  Fœtus de <22 semaines d'aménorrhée  
A joindre : document "autorisation par les parents à pratiquer un examen anatomopathologique" signé par les parents  
 Placenta

- Les parents souhaitent une prise en charge du corps par les officiers de pompes funèbres :**  
 **Oui** Un certificat de non vie devra être établi par le Centre Universitaire Romand de Médecine légale (CURML), en vue d'une inhumation ou d'une incinération  
 **Non** Une incinération anonymisée sera réalisée, avec dispersion des cendres dans le Jardin du Souvenir, Cimetière de Saint-Georges

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (le cas échéant, joindre une copie des documents pertinents)**

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

**Age gestationnel :** .....

**COPIE À (\*) :** .....

**MEDECIN DEMANDEUR** (à remplir en caractères d'imprimerie s.v.p.) ou tampon :

**Nom et prénom :** .....

**Adresse :** .....  
.....

**Date :**

**Signature :**

*(\*) Le prescripteur a obtenu l'accord de la patiente pour transmettre des copies à d'autres médecins*