

**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^{ème} 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*