

**Département Diagnostique
Service de Pathologie Clinique**

Médecin Chef : Pr Doron Merkler

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