

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DU CORPS – Mort fœtale ou Décès périnatal
(à joindre au dossier accompagnant le bébé ou le fœtus)

<https://www.hug.ch/feuilles-de-demande>
Pour la Salle d'Accouchement

PARTIE A REMPLIR PAR L'INFIRMIER(E)/SAGE-FEMME

Fœtus de < 22 semaines d'aménorrhée, mort-né

Fœtus de Madame Nom : Prénom :

Identité de la mère Date de naissance de la mère : Unité :

Date et heure de naissance du fœtus : Semaines d'aménorrhée :

Bracelet d'identification

Pas d'examen histologique du fœtus

Examen histologique du fœtus

Requête informatique d'analyse histologique

Autorisation par les parents à pratiquer un examen anatomopathologique

Les parents souhaitent récupérer le corps Oui (Certificat de non vie requis, établi sur demande par le CURML) Non

Bébé, fœtus de ≥ 22 semaines d'aménorrhée, ou fœtus de < 22 semaines d'aménorrhée né vivant

Identité du bébé Nom : Prénom : Sexe M F

Date et heure de naissance : Unité :

Date et heure de décès : Semaines d'aménorrhée :

Bracelet d'identification

Pas d'autopsie Certificat de décès

Autopsie Certificat de décès

(ou en suspens) Demande d'autopsie au médecin pathologiste

Autorisation par les parents à pratiquer une autopsie

Documents joints : Dossier médical Dossier infirmier Imagerie NB : Attention, maintenir les drains (coupés à 2 cm)

Corps Infectieux Non Si oui → pastille jaune Toilette mortuaire Oui Non Taille : Poids :

NB : **Identité de la mère** Nom : Prénom :

Date de naissance :

Placenta

Transfert : Service de Pathologie clinique, conjointement au corps

Placenta joint au corps Oui Examen histologique requis → Requête informatique d'analyse histologique
→ Si demande d'autopsie: requête informatique non requise

Pas d'examen histologique

Non Déjà transmis au Service de Pathologie clinique (SPC)

Date : Nom et visa :

PARTIE A REMPLIR PAR LES AUTRES INTERVENANTS

Prise en charge du corps	Transporteur	Préparateur	Pompes funèbres
Nom et visa			
Date et heure			
Etat du corps (toilette mortuaire, autre)	X		
Prise en charge du placenta	X		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Transfert 5 ^{ème} étage <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Prise en charge par Pompes funèbres Date :	<input type="checkbox"/> Prise en charge Date :

SPC 5^{ème} étage Macroscopie E05.3352.a

SPC 2^{ème} étage Autopsies/Morgue