

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DU CORPS – Mort fœtale ou Décès périnatal

(A joindre au dossier accompagnant le bébé ou le fœtus)
Corps à transférer au SPC 2^{ème} étage – Autopsies/Morgue

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

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)			
Prise en charge du placenta		<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 :