



Centre d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital Universitaire de Bruxelles

90 rue Meylemeersch- 1070 Anderlecht

Tél : 02 555 3115

Lundi - Vendredi : 08h00-17h00

Email : SecMed.AnaPath@hubruxelles.be

Demande d'analyse AUTOPSIE DE FOETUS OU DE NOUVEAU-NE

IDENTIFICATION PATIENT

(étiquette ou remplir tous les champs)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : Féminin Masculin
Adresse :
.....
NISS :
Code Mutuelle :

ETIQUETTE DU PATIENT

MEDECIN PRESCRIPTEUR

(cachet + signature)

MEDECIN(S) A INFORMER

AUTORISATION DES PARENTS

Date :/...../ 20

Signature :

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Merci de joindre les documents de demande d'imagerie (si nécessaire) :

- Foetogramme / Rx : Oui Non
- IRM : Oui Non

INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE

- Examen externe seul : Oui Non
- Autopsie souhaitée : Oui Non

Si oui :

- o Indication d'un examen du système nerveux central : Oui Non
- o Prélèvements à visée scientifique* : Oui Non

** Ces prélèvements supplémentaires n'empêcheront pas que l'autopsie soit pratiquée dans les meilleures conditions et n'entraveront pas l'examen diagnostique ; ces prélèvements seront conservés et utilisés, en respect de la réglementation en vigueur, pour des recherches sur le développement humain et ses pathologies. Vous aurez toujours le droit de revenir sur votre décision.*

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Remarque : il est possible que pour des raisons diagnostiques certains organes soient conservés et incinérés avec un délai.

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN :

Nombre de prélèvements :