

**BON DE DEMANDE D'AUTOPSIE FŒTALE et/ou  
D'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU PLACENTA**

Ne pas remplir les cases grisées : réservées au service

**Maternité**  
Coordonnées, Service, UF demandeur

Tél. :

**Mère** : NOM, prénom, DDN

**Fœtus** : Prénom (s)

Sexe : H  F   
Indéterminé

**Numéro de travail**

**Prescripteur (s)** : Nom, Prénom, fonction :

Tél. :

Signature :

**Horodateur réception**

**A Renseigner dans tous les cas**

**Accouchement** .....

**Mort fœtale in utéro** .....

**Interruption Médicale de Grossesse** .....

**Interruption précoce de grossesse (≤ 14 SA)** .....

**Date** :

**Heure (expulsion/accouchement)** :

**Nombre de SA (Semaines d'aménorrhée)** :

**Placenta** ..... oui  ..... non  ..... si oui, heure de fixation :

**Fœtus** ..... oui  ..... non  ..... si oui : non fixé

**Renseignements cliniques**

**Documents obligatoires devant parvenir avec le fœtus**

	≤ 14 SA		> 14 SA	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche de fœtopathologie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulaire AP-HM « Décision parentale relative à la pratique d'une autopsie » .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulaire AP-HM « Fiche de suivi et de transport de fœtus » .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulaire AP-HM « Déclaration parentale de volonté » (Restitution ou non-restitution du corps) .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat médical d'accouchement .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Déposant** : \_\_\_\_\_ **Technicien de réception** : \_\_\_\_\_

Refusé  Accepté