

**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