

REF : MMF049

**BON DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE TECHNIQUE POUR UNE AUTOPSIE**

Ne pas remplir les cases grisées : réservées au service

Service et UF Demandeur	Patient	Numéro de travail
<b>UF :</b> <b>Tél. :</b>	NOM marital : NOM de jeune fille : Prénom : Date de naissance :     /     / Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N° Hospitalisation :	

**Médecin demandant la prise en charge technique :**  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Enregistrement	
<b>Nombre :</b> pots :                                  scellés : cassettes souhaitées :	<b>Date de la demande d'enregistrement</b>

Réception	
<b>Nombre :</b> pots :                                  lames : scellés :                                  Cassettes réalisées :	<b>Horodateur réception</b>
<b>Déposant :</b>	<b>Technicien de réception :</b>

**Informations complémentaires**

➔