

Formulaire LLL de demande d'autopsie

(Remplace HIS-FOR-700)

Ce formulaire complété doit être envoyé au service
d'admission de votre établissement.

Date de la demande : _____

AAAA/MM/JJ

Date du décès : _____ Heure : _____

AAAA/MM/JJ

Information sur le demandeur (MD traitant/prescripteur) :

Nom, prénom : _____ # Permis _____

Établissement : _____

Numéro de téléphone pour le rejoindre en tout temps : _____

Justification clinique de la demande d'autopsie et cause probable du décès :

Signature du MD prescripteur : _____ Date : _____

À remplir par la personne signataire du formulaire AH-276 Autorisation d'autopsie

☐ J'accepte que les tissus/organes prélevés durant l'autopsie pour établir la cause du décès soient utilisés à des fins d'enseignement.

☐ Je refuse que les tissus/organes prélevés durant l'autopsie pour établir la cause du décès soient utilisés à des fins d'enseignement.

Nom, prénom : _____

Signature : _____ Date : _____

AAAA/MM/JJ

À compléter par le laboratoire d'anatomopathologie :

☐ Autopsie acceptée par (nom du pathologiste en lettres moulées) : _____

Permis _____

☐ Autopsie refusée par (nom du pathologiste en lettres moulées) : _____

Permis _____

Signature de pathologiste : _____ Date _____

☐ Autopsie non médicalement requise (si non requis contacter le médecin demandeur)

☐ Autre motif : _____

Commentaire additionnel : _____