

Coller étiquette ici

## FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DU CORPS – Mort fœtale ou Décès périnatal

(à joindre au dossier accompagnant le bébé ou le fœtus)

### PARTIE A REMPLIR PAR L'INFIRMIER(E)/SAGE-FEMME

#### Fœtus de < 22 semaines d'aménorrhée, mort-né

Fœtus de Madame Nom : ..... Prénom : .....

#### Identité de la mère

Date de naissance de la mère : ..... Unité : .....

Date et heure de naissance du fœtus : ..... Semaines d'aménorrhée : .....

Bracelet d'identification

Pas d'examen histologique du fœtus

Examen histologique du fœtus

Requête informatique d'analyse histologique

Autorisation par les parents à pratiquer un examen anatomopathologique

**Les parents souhaitent récupérer le corps**  Oui (Certificat de non vie requis, établi sur demande par le CURML)  Non

#### Bébé, fœtus de ≥ 22 semaines d'aménorrhée, ou fœtus de < 22 semaines d'aménorrhée né vivant

#### Identité du bébé

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe M  F

Date et heure de naissance : ..... Unité : .....

Date et heure de décès : ..... Semaines d'aménorrhée : .....

Bracelet d'identification

Pas d'autopsie

Certificat de décès / constat de décès - Feuilles jaune et bleu

Autopsie

Certificat de décès / constat de décès - Feuilles jaune et bleu

(ou en suspens)  Demande d'autopsie au médecin pathologiste

Autorisation par les parents à pratiquer une autopsie

Documents joints :  Dossier médical  Dossier infirmier  Imagerie NB : Attention, maintenir les drains (coupés à 2 cm)

**Corps** Infectieux  Non  Si oui → pastille jaune Toilette mortuaire  Oui  Non Taille : ..... Poids : .....

**NB :** **Identité de la mère** Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

#### Placenta

Transfert : Service de Pathologie clinique, conjointement au corps

Placenta joint au corps  Oui  Examen histologique requis →  Requête informatique d'analyse histologique  
→ Si demande d'autopsie: requête informatique non requise

Pas d'examen histologique

Non

Déjà transmis au Service de Pathologie clinique (SPC)

Date : ..... Nom et visa : .....

### PARTIE A REMPLIR PAR LES AUTRES INTERVENANTS

Prise en charge du corps	Transporteur	Préparateur	Pompes funèbres
Nom et visa			
Date et heure			
Etat du corps (toilette mortuaire, autre)	X		
<b>Prise en charge du placenta</b>	X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Transfert 5 <sup>ème</sup> étage <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Prise en charge par Pompes funèbres Date :	<input type="checkbox"/> Prise en charge Date :