CHU Hôpitaux de Bordeaux

«Num_Conv»

Annexe 2

CONSENTEMENT PARENTAL POUR AUTOPSIE FOETUS OU NOUVEAU–NÉ

Etiquette de l'enfant ou
Nom :.....
Prénom :.....
Date de naissance :.....

Nous soussignés,
Madame ***(Nom, prénom, adresse)*** **:** .....

Monsieur ***(Nom, prénom, adresse si différente)*** **:** .....

☐ Donnons l'autorisation au CHU de Bordeaux de pratiquer sur le corps de notre enfant mort-né ou décédé le .....une autopsie fœtale, précédée d'un examen radiographique et photographique complet, suivie d'un examen au microscope des prélèvements tissulaires pratiqués lors de l'autopsie ;

- ☐ Donnons l'autorisation de pratiquer des prélèvements tissulaires, conservés par congélation, pour des études ultérieures sur l'ADN dans un but diagnostique pour l'enfant.
- ☐ Ne donnons pas l'autorisation de pratiquer des prélèvements tissulaires, conservés par congélation, pour des études ultérieures sur l'ADN dans un but diagnostique pour l'enfant.

☐ Ne donnons pas cette autorisation à l'hôpital (à cocher en cas de refus) :

- ☐ Donnons l'autorisation de réaliser un examen externe avec photographies, radiographies et prise de données biométriques de base.
- ☐ Ne donnons pas l'autorisation de réaliser un examen externe avec photographies, radiographies et prise de données biométriques de base.

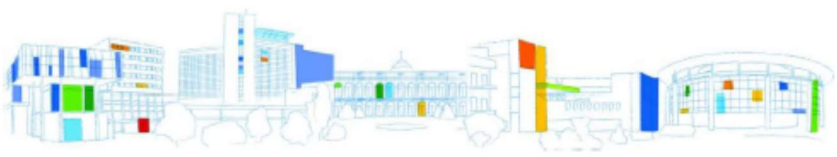
Date:.....
Signature de la mère

Signature du père**

*Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété et signé à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière. Il doit permettre aux parents de recevoir les informations appropriées, et de poser les questions qu'ils jugent nécessaires concernant la nature, les buts, et les modalités de l'examen fœtopathologique ainsi que des éventuels examens complémentaires (Analyse Chromosomique sur Puce à ADN ou autre étude en biologie moléculaire, examens biologiques autres).
** L'autorisation doit être signée par la mère et le père si l'enfant est né vivant et viable puis décédé.

Informations données par :.....

Consentement recueilli par : .....



CHU Hôpitaux de Bordeaux

«Num_Conv»

Annexe 3
DEVENIR DU CORPS

Etiquette de l'enfant ou
Nom :.....
Prénom :.....
Date de naissance :.....

☐ Je souhaite organiser les obsèques de mon enfant *(obligatoire si enfant né vivant)*

☐ A partir du dépositoire du Groupe Hospitalier Pellegrin de Bordeaux

☐ A partir de l'établissement qui a enregistré mon hospitalisation

☐ Je laisse au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux le soin de faire pratiquer une incinération du corps de mon enfant, *au-delà d'un délai de 10 jours pendant lequel je peux revenir sur ma décision, prorogés de 4 semaines en cas d'autopsie.* Je reconnais avoir été informé(e) que je ne pourrai pas récupérer les cendres qui seront répandues à la Clairière du Souvenir du Crématorium de la Communauté Urbaine de Bordeaux.

☐ J'autorise le CHU de Bordeaux à communiquer au crématorium mon identité.
☐ Je n'autorise pas le CHU de Bordeaux à communiquer au crématorium mon identité

☐ Je souhaite que l'établissement qui a enregistré mon hospitalisation prenne en charge l'incinération de mon enfant.

Adresse à laquelle devront être communiquées les informations relatives à la crémation :

NOM.....

N° et rue.....

Code postal et ville.....

Signature de la mère

Signature du père



CHU Hôpitaux de Bordeaux

«Num_Conv»

Annexe 4

DEMANDE MEDICALE D'AUTOPSIE

Etiquette de l'enfant ou
Nom :.....
Prénom :.....
Date de naissance :.....
Heure de naissance : .....

Médecins destinataires du compte-rendu :

Numéro de Téléphone du médecin demandeur :

Je, soussigné Docteur

Demande qu'une autopsie soit pratiquée sur le corps de l'enfant

Décédé le

Fait à .....
Le .....

Signature et cachet :

AUTORISATION DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER OU DE SON REPRESENTANT et PRISE EN CHARGE DES FRAIS

Je, soussigné, Madame / Monsieur :

Le Directeur de l'établissement :

Autorise la demande d'autopsie sur le corps de l'enfant

Décédé le

L'établissement demandeur accepte de prendre en charge :

- L'examen de fœtopathologie,
- Les frais de crémation du corps organisé par le CHU de Bordeaux en cas d'enfant né vivant mais non viable ou en cas d'enfant mort-né non réclamé par la famille dans un délai de 10 jours, prorogés de 4 semaines en cas d'autopsie.
- Les frais relatifs aux soins réalisés au dépositoire suite à l'examen fœtopathologique.

L'établissement demandeur organise le transport retour du corps si la famille souhaite organiser les obsèques depuis son lieu d'hospitalisation.

Fait à .....
Le .....

Signature et cachet :



CHU Hôpitaux de Bordeaux

«Num_Conv»

Annexe 5
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES 1/2

Etiquette de l'enfant ou
Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Heure de naissance : .....

Mode de terminaison de la grossesse:

- ☐ Fausse couche spontanée
- ☐ Interruption médicale de grossesse
- ☐ Mort fœtale in utero

En cas d'interruption médicale de grossesse, joindre le courrier de CPDPN et les comptes rendus d'imagerie significatifs.

IDENTIFICATION MERE		IDENTIFICATION PERE	
Nom de jeune fille :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Nom d'épouse :			
Date de naissance :		Date de naissance :	
Poids :		Poids :	
Taille :		Taille :	
Groupe de population :	☐ Afrique ☐ Asie ☐ Caucase	Groupe de population :	☐ Afrique ☐ Asie ☐ Caucase

MERE
Gestité: ..... Parité: .....

Lien de parenté entre les conjoints : ☐ Non ☐ Oui Préciser :

Antécédents familiaux :

Addictions : ☐Tabac ☐ Alcool ☐ Autres :

Contact avec toxiques :

Médicaments :

Antécédents médico-chirurgicaux :

Antécédents obstétricaux :

☐ Avortement Spontané :
☐ Interruption médicale de grossesse :
☐ Mort fœtale in utero :
☐ Naissances vivantes :



CHU Hôpitaux de Bordeaux

«Num_Conv»

Annexe 5
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES 2/2

GROSSESSE ACTUELLE

Terme à l'accouchement : **……SA et …… jours**
Si MFIU, date de constatation :
Pathologie au cours de la grossesse :

Echographie : (Joindre un double du CR de l'échographie de référence) ☐ Normale ☐ Pathologique
Si pathologique, anomalies :

ET1 :	LCC :
	CN :
MST1 :	PAPP-A :
	BHCG :
MST2 :	AFP :
	BHCG :
Risque séquentiel intégré :	1/
Analyse de l'ADN libre circulant :	☐ Oui ☐ Non ☐ en cours
Résultats :	☐ Normal
	☐ Pathologique :
Caryotype :	☐ Oui ☐ Non ☐ en cours
Résultats :	Normal ☐ 46,XX ☐ 46,XY
	☐ Pathologique :
ACPA :	☐ Oui ☐ Non ☐ en cours
Résultats :	☐ Normal
	☐ Pathologique :
Autres examens :	
Accouchement :	
Si IMG fœticide :	☐ Oui ☐ Non
Si oui	Date et heure :
	Médicaments utilisés :
	☐ Intracordonal ☐ Intracardiaque
Injection de formol en intra-crânien	☐ Oui ☐ Non



BON EXAMEN FOETOPATHOLOGIQUE