

DEMANDE D'AUTOPSIE PÉDIATRIQUE, PÉRINATALE OU FOETALE AU MUHC-GLEN

DESTINATAIRE: SERVICE D'AUTOPSIE PÉDIATRIQUE DU MUHC-GLEN

DE :

TÉLÉCOPIEUR : (514) 938-7070

TÉLÉCOPIEUR :

TÉLÉPHONE : (514) 934-1934 x38974 ou x37864

TÉLÉPHONE :

OBJET : PROCÉDURE POUR UNE DEMANDE
 D'AUTOPSIE AU CUSM-GLEN

DATE :

de PAGES : _____

Valider la liste suivante et la retourner avec les documents requis au Service d'autopsie de pathologie au FAX suivant 514-938-7070.

- OBTENIR L'AUTORISATION AVANT LE TRANSFERT DU FŒTUS/CORPS :** Le médecin ou l'institution qui demande une autopsie pédiatrique doit communiquer avec le secrétariat de la pathologie au (514) 934-1934 ; poste 38974 ou 37864 pour informer le service de la demande d'autopsie.
- FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'AUTOPSIE :** DOIT être rempli et signé par la famille et un témoin (deux témoins pour un consentement verbal).
- INFORMATIONS SUR DISPOSITION :** Informations concernant la disposition des fœtus (s'applique uniquement aux hôpitaux qui ont une entente formelle avec CUSM-Glen*)
- FORMULAIRE D'ATTESTATION DE DÉCÈS :** SP3 (certificat de décès pour naissance vivante) ou SP4 (certificat de mortinaissance, requis pour fœtus de 20 semaines de gestation et plus, **ou** poids de naissance de 500 g et plus), le cas échéant.
- INFORMATIONS CLINIQUES :** Formulaire DM-5404 ou équivalent pour les cas de décès néonataux, périnataux ou fœtaux. Un résumé clinique doit être envoyé pour les autres cas. Une copie du dossier médical peut être envoyée avec le corps.

INFORMATIONS OBLIGATOIRES	
Nom de la personne de l'institution de référence qui peut être contactée AVANT l'autopsie pour vérifier et/ou corriger les informations.	Nom de la personne de l'établissement de référence qui sera contactée APRES l'autopsie pour organiser le retour du corps à l'hôpital de référence (le CUSM-Glen communiquera avec cette personne).
Nom, titre :	Nom, titre :
Télécopieur :	Télécopieur :
Téléphone :	Téléphone :
Courriel :	Courriel :

***À moins d'une entente formelle avec le CUSM-Glen, l'hôpital demandeur est responsable du retour du corps à son établissement dans la semaine suivant la réalisation de l'autopsie.**

**REQUEST FOR PEDIATRIC, PERINATAL, OR FETAL
AUTOPSY AT THE MUHC-GLEN**

TO: MUHC-GLEN PEDIATRIC AUTOPSY SERVICE

FROM:

FAX: (514) 938-7070

FAX:

PHONE: (514) 934-1934 x38974 or x37864

PHONE:

SUBJECT: PROCEDURE TO REQUEST AN AUTOPSY FROM
THE MUHC-GLEN

DATE:

of PAGES _____

**Complete the following checklist and return with required documents to the Pathology Autopsy Service at
FAX 514-938-7070.**

- OBTAIN AUTHORIZATION BEFORE TRANSFERING FETUS/BODY:** Physician/institution requesting pediatric autopsy must contact the pathology secretarial office at (514) 934-1934; Ext 38974 or 37864 to inform the department of the autopsy request.
- AUTOPSY CONSENT FORM:** MUST be completed and signed by the family and witness (two witnesses for verbal consent).
- DISPOSAL INFORMATION:** Information concerning fetal disposal (applies only to hospitals which have a formal agreement with MUHC-Glen)*.
- RETURN OF DEATH FORM:** SP3 (live birth) or SP4 (stillbirth, required for fetus of 20 weeks gestation or more **or** birth weight of 500g or more) when applicable.
- CLINICAL INFORMATION:** Form DM-5404 or equivalent for cases of neonatal, perinatal, or fetal demise. Clinical summary should be sent for other cases. Copy of medical chart can be sent with the body.

MANDATORY INFORMATION	
Name of person at referring institution who can be reached PRIOR to autopsy to verify and/or correct information.	Name of person who will be contacted by Pathology after completion of the autopsy and who will arrange transfer of body back to referring hospital.
Name, title:	Name, title:
Fax:	Fax:
Phone:	Phone:
Email:	Email:

****Unless there is a formal agreement with MUHC-Glen, the requesting hospital is responsible for the return of body to their institutions, within a week after performance of the autopsy.***