$\begin{smallmatrix}\mathsf{C}&\mathsf{H}&\mathsf{U}&\mathsf{J}&\mathsf{U}&\mathsf{V}&\mathsf{C}\\\mathsf{B}&\mathsf{R}&\mathsf{U}&\mathsf{G}&\mathsf{M}&\mathsf{A}&\mathsf{N}&\mathsf{N}\end{smallmatrix}$

Service d'Anatomie **Pathologique**

FORMULAIRE

Demande d'autopsie pour un adulte

Version:05

Tél.: 02/477 25 55 Place Van Gehuchten 4. 1020 Bruxelles

Fax: 02/477 21 64

Fichier: FO-AUT-003 Date de mise en application :24/09/2024

Rédacteur :E. Kallah

Page 1/1 Vérificateur : A. Bouysantiman Approbateur : Dr.V. Segers

IL NE SERA FAIT SUITE A LA DEMANDE D'AUTOPSIE QUE SI LE RESUME CLINIQUE CI-JOINT, DUMENT COMPLETE EST ENVOYE <u>AVEC</u> LE DOSSIER DU PATIENT AU SERVICE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FORMULAIRE À FAXER 02/477.21.64 + joindre le récépissé du fax au dossier du défunt

Etiquette patient	VOLET DESTINE A L'ADMINISTRATION (Brien)
	□ II n'y a pas □ II y a
	Opposition du point de vue administratif à la pratique de cette autopsie
	Bruxelles, le/
	Le Chef de Bureau,
DEMANDE D'AUTOPSIE	1
Je soussigné, docteur en médecine, deman	de l'autopsie de (voir étiquette ci-dessus), décédé(e)
dans mon service, salle lit , le	// àh
Cachet du médecin demandeur Signature	Bruxelles, le/
RESUME CLINIQUE OBLIGATOIRE :	
Médecin ayant eu le patient en charge :	
Patient(e) âgé(e) de ans / motif d'admis	sion :apparu depuis
Anamnèse (points relevant):	
Evolution (nouveaux éléments importants apparus) + Examen clinique (points positifs) + Examens complémentaires (ayant contribué au diagnostic) :	
Antécédents :	
Circonstances du décès :	
DIAGNOSTICS CLINIQUES (cf RCM):	
QUESTIONS RESTEES EN SUSPENS ET A INVESTIGUER PARTICULIEREMENT A	

S

L'AUTOPSIE: