PRESCRIPTION DE PRELEVEMENTS POST-MORTEM CHEZ UN ENFANT

Exécutant : Unité de pathologie fœtale et placentaire, Service de Pathologie, Groupe Hospitalier Pellegrin, CHU de Bordeaux

Médecin référent : Dr PELLUARD Fanny

A COMPLETER OBLIGATOIREMENT :

Identification univoque du défunt *Etiquette patient*	**Coordonnées du service demandeur** UG : Tampon : **Médecin prescripteur :** NOM Prénom : Fonction : Service : Tampon :

HISTOIRE CLINIQUE ET CIRCONSTANCES DU DECES :

(À compléter au verso de la feuille si nécessaire)

DIAGNOSTIC CLINIQUE ENVISAGE

☐ Autopsie scientifique demandée par la famille

☐ Autopsie scientifique demandée par le médecin

Nom et signature du médecin