



Consentement à l'autopsie et à la disposition du fœtus

(Mort-né, décès néonatal et interruption médicale de grossesse)

1. POIDS DU FŒTUS : _____ grammes

2. DATE ET HEURE DE L'ACCOUCHEMENT : _____
AAAA / MM / JJ 00 : 00

3. DATE ET HEURE DU DERNIER SIGNE DE VIE (SI MORT-NÉ) ☐ N/A _____
AAAA / MM / JJ 00 : 00

Le fœtus est décédé : ☐ avant le travail ☐ durant le travail

4. (a) DATE ET HEURE DU DÉCÈS NÉONATAL ☐ N/A _____
AAAA / MM / JJ 00 : 00

(b) Âge du bébé au moment du décès _____
AAAA / MM / JJ 00 : 00

Section I - CONSENTEMENT À L'AUTOPSIE

Cocher la case appropriée

JE SOUSSIGNÉ (nom complet en majuscules) : _____

☐ J'AUTORISE le CUSM à faire une autopsie sur le corps de _____

AVEC LES RESTRICTIONS SUIVANTES, le cas échéant : ☐ Aucune ☐ Restrictions (préciser) : _____

☐ Je REFUSE l'autopsie.

Mon lien de parenté avec le décédé est : _____

PARENT : _____
NOM COMPLET en majuscules SIGNATURE AAAAMMJJ

TÉMOIN : _____
NOM COMPLET en majuscules SIGNATURE AAAAMMJJ

TÉMOIN 2 : _____
(COMPLÉTER SEULEMENT si consentement téléphonique) SIGNATURE AAAAMMJJ

Section II - DISPOSITION

Initiales ☐ J'accepte la responsabilité de faire disposer du corps par un salon funéraire.

Initiales ☐ Je demande que l'hôpital prenne les mesures nécessaires à la disposition du corps à travers une maison funéraire. Celle-ci procédera à la crémation du corps, puis placera les cendres dans une urne individuelle qui sera enterrée dans une concession communautaire avec d'autres bébés décédés.

☐ Je comprends que ces instructions sont irréversibles après deux (2) semaines à compter de cette date. Les demandes de changement doivent être adressées à la personne responsable de la salle d'accouchement.

PARENT : _____
NOM COMPLET en majuscules SIGNATURE AAAAMMJJ

TÉMOIN : _____
NOM COMPLET en majuscules SIGNATURE AAAAMMJJ

TÉMOIN 2 : _____
(COMPLÉTER SEULEMENT si consentement téléphonique) SIGNATURE AAAAMMJJ



Consent to autopsy and disposal of fetus

(Stillbirth, neonatal death and medical termination of pregnancy)

1. FETAL WEIGHT: _____ grams

2. DATE AND TIME OF DELIVERY: _____
YYYY / MM / DD 00 : 00

3. DATE AND TIME OF LAST KNOWN SIGNS OF LIFE (IF STILLBORN) ☐ N/A _____
YYYY / MM / DD 00: 00

The fetus died: ☐ before labor ☐ during labor

4. (a) DATE AND TIME OF NEONATAL DEATH ☐ N/A _____
YYYY / MM / DD 00: 00

(b) Age of baby at time of death _____
YYYY / MM / DD 00: 00

SECTION I - CONSENT TO AUTOPSY

Check the appropriate box

I THE UNDERSIGNED (full name in capital letters): _____

☐ I AUTHORIZE the MUHC to hold post-mortem examination on the body of _____

WITH THE FOLLOWING RESTRICTIONS, if any: ☐ None ☐ Restrictions (specify): _____

☐ I REFUSE the autopsy.

My relationship to the deceased is: _____

PARENT: _____
FULL NAME in Print SIGNATURE YYYYMMDD

WITNESS: _____
FULL NAME in Print SIGNATURE YYYYMMDD

WITNESS 2: _____
(FILL ONLY IF telephone consent) SIGNATURE YYYYMMDD

PART II - DISPOSAL

Initials ☐ I accept responsibility for having the body disposed of by a funeral home.

Initials ☐ I request that the hospital arrange for the body to be disposed of by a funeral home by cremation. The ashes will be placed in an individual urn and buried in a community plot with other deceased babies.

☐ I understand that these instructions are irreversible after two (2) weeks from this date.
Requests for change should be directed to the responsible person in the birthing center.

PARENT: _____
FULL NAME in Print SIGNATURE YYYYMMDD

WITNESS: _____
FULL NAME in Print SIGNATURE YYYYMMDD

WITNESS 2: _____
(FILL ONLY IF telephone consent) SIGNATURE YYYYMMDD