



FORMULAIRE D'AUTOPSIE POUR DÉCÈS NÉONATAL

Médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Télécopieur :

N° dossier médical:

N° assurance maladie:

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) :

S.V.P REMPLIR LE FORMULAIRE ET LE RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR AU (514) 412-4258. L'AUTOPSIE DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE DU FORMULAIRE D'AUTORISATION D'AUTOPSIE ET DE LA DISPOSITION DU CORPS

Information maternelle et antécédent :

Nom : _____ N° dossier : _____ N° assurance maladie _____ Âge : _____

Date des dernières règles (DDR) _____
AAAA/MM/JJ

Âge gestationnel selon la date _____ Âge gestationnel selon l'échographie : _____

Grossesses antérieures : G _____ P _____ A _____ (spontané _____ / avortement thérapeutique _____)

Groupe sanguin et facteur Rh : _____

Antécédents médicaux affectant la grossesse actuelle? ☐ Non ☐ Oui (remarques) _____

Histoire médicale (Décrire en détail les complications liées à la grossesse) :

Grossesse, travail et accouchement :

Durée du travail/heure : _____ Rupture des membranes (heure) : _____ Kleihauer-Betke (si connu) _____

S.V.P. encercler :

- | | |
|------------------------|-------------------------------------|
| • Détresse fœtale : | Oui / Non |
| • Méconium : | Présent / Absent |
| • Cœur fœtal : | Variabilité / Décélération / Normal |
| • Asphyxie néonatale : | Aucune / Moyenne / Sévère |

Accouchement : (Décrire complications en détails) :

Date de naissance et heure _____
AAAA/MM/JJ 00 : 00

Poids à la naissance: _____(g) APGAR : _____ Poids du placenta : _____(g)

Évolution post-natale (Décrire en détails) :

Diagnostic clinique: _____

Cytogénétique : échantillonnage déjà fait? ☐ Non ☐ Oui

Remarque/Demande (comprenant échantillonnage spécifique) :

Indiquer le nom et numéro de téléphone du transporteur / Salon funéraire à contacter pour disposition du corps :



**AUTOPSY INFORMATION FORM
FOR NEONATAL DEATH**

Treating physician :

Address :

Telephone :

Fax :

Hospital No.:

RAMQ No.:

Last name:

First name:

Date of birth: (YYYY/MM/DD):

PLEASE FILL OUT THE FOLLOWING FORM AND FAX TO (514) 412-4258
AUTOPSIES MUST BE ACCOMPANIED BY THE CONSENT FORM FOR AUTOPSY AND DISPOSAL FORM

Maternal information and history :

Name: _____ Hospital No. : _____ RAMQ No. _____ Age : ____

Last menstrual period (LMP) _____
YYYY/MM/DD

Gestational age (by dates) _____ Gestational age (by U/S) : _____

Previous pregnancy : G _____ P _____ A _____ (spontaneous _____ / Therapeutic _____)

Blood group and Rh factor: _____

Pre-existing condition affecting pregnancy? ☐ No ☐ Yes (please describe) _____

Pregnancy history (Please describe complications in detail) :

Labor and delivery :

Duration of labor (hours) : _____ Rupture of membranes (hours) : _____ Kleihauer-Betke (if known) _____

Please circle the following :

- Fetal distress : Yes / No
- Méconium : Présent / Absent
- Fetal heart : Variability / Deceleration / Normal
- Asphyxia neonatorum : None / Moderate / Severe

Delivery (Please describe complications in detail):

Date and hour of birth _____
YYYY/MM/DD 00 : 00

Birth weight: _____(g) APGAR : _____ Placenta weight : _____(g)

Post-natal course (please describe in details):

Clinical diagnosis: _____

Cytogenetics: sampling already done? ☐ No ☐ Yes

Comments / Requests (including specific sampling) :

Please indicate name and phone number of transporter / Funeral home to be contacted for disposal remains :