

## Autopsie / Diagnostic postmortale

### Expéditeur

Nom

Prénom

Cabinet/hôpital

Adresse

NPA/Lieu

Téléphone

Rapport par courriel: (seulement assuré de l'HIN)

### Patient(e)

Nom

Prénom

Adresse

NPA/Lieu

masculin    féminin    Date de naissance:

Date du décès

Heure du décès

**Copie du rapport à:** (adresse complète)

S'agit-il d'une mort de cause non naturelle (par exemple, violence d'un tiers, suicide, accident de la route, cause indéterminée suspecte) oui    non

Si oui, le corps a-t-il été libéré par le juge d'instruction? oui    non

**Présence de consentement par la famille du défunt**

**Absence de consentement par la famille du défunt:**

**Numéro de contact où nous pouvons vous joindre avant de rendre le corps aux pompes funèbres:**

### Autopsie

Abdomen-Thorax-Cerveau

Abdomen\*

Thorax\*

Cerveau\*

\*combinaisons possible

Organes individuels (veuillez préciser):

### Liste des diagnostics

Rapport médical joint

### Questions posées

### Informations complémentaires importantes pour l'équipe médicale de ITMP

Date

Signature du médecin