



Centre hospitalier  
universitaire vaudois  
Service de pathologie clinique  
Rue du Bugnon 25 1011 Lausanne  
<http://www.chuv.ch/pathologie>

**DEMANDE A ENVOYER PAR E-MAIL**  
(étiquette non nécessaire si saisie électronique)  
Email : [ipa.autopsie@chuv.ch](mailto:ipa.autopsie@chuv.ch)

**Autopsies médicales**  
Médecin : 079 556 53 62  
Secrétariat : 021 314 71 11  
Fax : 021 314 71 15

**Date et heure du décès**

Jour / Mois / Année:      /   /

Heure / Minutes                      :

Signature (si bon papier):

**Patient**

Nom: .....

Prénom:.....

Sexe: .....

Date de naissance: ... / ... / .....

Adresse complète:  
.....

N° postal/Localité:  
.....

V/réf: .....

**Hôpital demandeur:**  
.....

Étiquette code barres  
pour le CHUV



(pas nécessaire si saisie électronique)

**DEMANDEUR:**

Nom et prénom:.....

Adresse:.....

Téléphone:.....

**COPIE(S) à (adresse exacte et complète):**

1: .....

2: .....

3: .....

Étiquette  
déviation

**Médecin cadre ou chef de clinique connaissant le patient et atteignable le lendemain de l'autopsie(à compléter impérativement):**

Nom du médecin: .....

Téléphone: .....

**But de l'autopsie médicale :**

- Contrôle de qualité des soins cliniques
- Cause du décès
- Demandée par la famille du défunt
- Demandée par le système judiciaire après libération du corps par la médecine légale

Date d'hospitalisation: .... / .... / .....

**Type autopsie:**

- Complète (avec cerveau)
- Complète\* (sans cerveau)
- Cerveau seul

\*En cas d'absence de cheveux ou d'opposition de la famille

de projet

**Service demandeur :**

- |                                  |                                   |                                    |                                    |                                    |                                     |                                      |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI      | <input type="checkbox"/> Chir Gén | <input type="checkbox"/> Chir thor | <input type="checkbox"/> Chir card | <input type="checkbox"/> Chir vasc | <input type="checkbox"/> Cardiol    | <input type="checkbox"/> Oncologie   |
| <input type="checkbox"/> Méd int | <input type="checkbox"/> Chir péd | <input type="checkbox"/> Péd       | <input type="checkbox"/> Gyn       | <input type="checkbox"/> EMS       | <input type="checkbox"/> A domicile | <input type="checkbox"/> Autre ..... |

**Médecins traitants (hospitaliers et privés) :**

Noms et adresse (ville)

**Médecin de famille du patient (en ville) :**

Nom et adresse (ville)

**Médecin de confiance de la famille du défunt (si pas le même que le médecin de famille, pour la discussion des résultats) :**

Nom et adresse (ville)

**Résumé du cas****Antécédents, maladies connues et traitements :****Motif d'hospitalisation :****Evolution:****Diagnostics principaux validés par biopsies :***(joindre les rapports de pathologie s'ils n'ont pas été réalisés au CHUV)*

## Imagerie à corrélérer et diagnostics du radiologue :

## Résultats connus de bactériologie :

Bactéries :

Champignons :

Virus :

Parasites :

Dans quels organes :

## Diagnostics cliniques (probables / sûrs)

## Traitement actuels

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anticoagulants                                      | <input type="checkbox"/> Immunosuppressions | <input type="checkbox"/> Corticoïdes    | <input type="checkbox"/> Antibiotiques |
| <input type="checkbox"/> Antifongiques                                       | <input type="checkbox"/> Sonde gastrique    | <input type="checkbox"/> Sonde urinaire |  |
| <input type="checkbox"/> Thrombolyse coronarienne ou dilatation coronarienne |   |   |  |

## Cause(s) du décès envisagée(s) :

Si mort subite de l'adulte (décès dans les 12 heures après l'événement) :

- Infarctus myocardique
- Embolie pulmonaire centrale
- Dissection aortique
- Hémorragie systémique
- Hémorragie cérébrale

Si état de choc :

- Cardiogénique
- Septique
- Hypovolémique
- Autres .....

 Mort attendue avec soin de confort

## Réanimation:

 OUI  NON

- Massage cardiaque externe
- Défibrillateur externe
- Intubation
- Broncho-aspiration

## Questions et désirs particuliers :

- Cause de mort ?
- Corrélation avec imagerie ?
- Réponse aux traitements ?

**ACCORD PARENTAL SI IL S'AGIT D'UNE PERSONNE MINEURE:**

- Nous ne souhaitons pas d'autopsie sur le corps de notre enfant.
  
- Nous sommes informés des buts de l'autopsie et nous donnons notre accord pour que cet examen soit pratiqué sur le corps de notre enfant.

Nom et prénom de l'enfant (si donné):

.....

Nom et prénom des parents

.....

Date

.....

Signature(s)

.....