



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

Autopsies médicales
Médecin : 079 556 53 62
Secrétariat : 021 314 71 12
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)

.....