



Centre hospitalier  
universitaire vaudois

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

**Autopsies médicales**

Médecin : 079 55 63 423  
Secrétariat : 021 314 71 12  
Fax : 021 314 71 15  
Email : [jpa.autopsie@chuv.ch](mailto:jpa.autopsie@chuv.ch)

**Date et heure du décès de l'enfant**

Jour / Mois / Année:      /   /

Heure / Minutes                        :

Signature (si bon papier):

**Patient (Mère de l'enfant)**

Nom de la mère: .....

Prénom de la mère.....

Sexe: .....

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

Adresse complète:  
.....

N° postal/Localité:  
.....

V/réf: .....

**Hôpital demandeur:**

.....  
.



**DEMANDEUR:**

Nom et prénom:.....

Adresse:.....

Téléphone:.....

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

1: .....

2: .....

3: .....

Etiquette  
déviations

**Enfant:**

Nom de l'enfant: .....

Prénom de l'enfant: .....

Sexe : .....    Age gestationnel .....

Interruption thérapeutique/médicale de grossesse

Fausse couche tardive/mort fœtale in utero

**Veillez dans la mesure du possible nous faire parvenir le placenta**

**Renseignements cliniques :** (Antécédents de la mère, suivi de grossesse, amniocentèse...)

*Veillez joindre à la demande une copie des éventuels rapports d'échographie de la grossesse.*

**Nom du gynécologue ayant suivi la grossesse :**

Nom et adresse (ville)

**Nom et téléphone d'un médecin connaissant le patient et atteignable le jour de l'autopsie :**

Nom et téléphone

## ACCORD PARENTAL:

- 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)

## Décision des parents au sujet du corps de l'enfant:

- Nous souhaitons organiser les obsèques de notre enfant et prenons contact avec une entreprise de pompes funèbres.
- Nous ne souhaitons pas organiser d'obsèques et laissons se charger des démarches auprès de la Ville de Lausanne en vue de la **crémation individuelle** du corps de notre enfant au centre funéraire de Montoie.
- Nous ne souhaitons pas organiser d'obsèques. Nous nous opposons cependant à la crémation du corps et demandons **une inhumation** du corps de notre enfant.
- Nous souhaitons assister à l'inhumation de notre enfant  
**Auparavant, il est nécessaire de contacter l'office des inhumations au N° 021 / 315 32 75)**
- Nous ne souhaitons pas être présents.

**Note :** Nous avons pris note que la Ville de Lausanne est en droit de facturer le coût inhérent à la crémation ou à l'inhumation du corps d'enfants dont les parents ne sont pas domiciliés sur son territoire, et acceptons d'en assumer la charge financière d'un montant approximatif de Frs 400.-.

## Décision des parents au sujet des cendres de l'enfant:

- Nous souhaitons le versement des cendres de notre enfant dans le caveau *Jardin du Souvenir* du cimetière de Montoie.
- Nous souhaitons être présents et confirmons avoir pris note que les cendres pourront être versées au plus tôt 48 heures après la crémation:  
**Il est indispensable de prendre préalablement rendez-vous au N° 021 / 3 15 32 75)**
- Nous ne souhaitons pas être présents.
- Nous demandons à ce que les cendres de notre enfant soient gardées au centre funéraire de Montoie dans l'attente de notre décision. Au cas où nous n'aurions pas fait part de notre décision **dans le délai d'un an dès la date de crémation**, nous avons pris note que les cendres de notre enfant seront automatiquement versées au *Jardin du Souvenir* du cimetière de Montoie.
- Nous souhaitons reprendre les cendres de notre enfant.

**[Attention : veuillez noter que c'est aux parents de prendre contact avec le centre des inhumations (021/315 32 75)]**