

 C.H.U. de Nice	Pôle GORE (Gynécologie-Obstétrique-Reproduction-Endocrinologie-Biologie de la Reproduction)	Hôpital de l'Archet 2	Page 3/4	
	Devenir du corps et demande d'examen anatomique à caractère scientifique pour les enfants morts-nés	Consentement C-018p : Version 4 GORE/OBS/CL/CO/C-018p/04/08		
		Création	MàJ	Vérification
		11/08/2005	23/7/2007	16/01/2008
Info & Com	Elaboration : A. Blayac, N. Ronzière, S. Monnier, D. Baud, A. Bongain	Approbation	Diffusion	Application
		23/01/2008	31/01/2008	Immédiate

**CONSENTEMENT ECLAIRE POUR AUTOPSIE PERI-NATALE
POUR LES ENFANTS MORT-NES A PARTIR DE 14 SA**

Nom de l'enfant :

Né(e) le : / / 20..... à SA (semaine d'aménorrhée) et jours pesantg

Adresse des parents :

.....Numéro de téléphone :

Numéro de Sécurité Sociale de l'assuré :

(Joindre photocopie de la carte d'immatriculation)

Je soussigné(e), Docteur
demande que soient pratiqués les examens nécessaires à déterminer un éventuel état pathologique chez l'enfant

A Nice, le / / 20..... Signature du Praticien :

Je soussigné(e),
Madame (Nom et prénom) (Mère de l'enfant sus-nommé),
 Mariée à* Pacsée à* En union libre avec* Divorcée* Veuve* Mère
célibataire*

Monsieur (Nom et prénom) (Père de l'enfant sus-nommé)
 donnons l'autorisation au Centre Hospitalo-Universitaire de Nice de pratiquer sur le corps de notre enfant mort-né ou décédé le : / / 20.....

l'ensemble des examens permettant de rechercher la cause du décès ou des anomalies dont il était affecté (le coût de ces examens n'est pas à la charge des parents) * :

Autopsie*,
 Prélèvements pour étude génétique, si nécessaire*

des prélèvements et examens à visée scientifique ou d'enseignement. *

ne souhaitons pas d'autopsie à caractère scientifique. (*Cocher la mention utile)

A Nice, le / / 20.....

Signature de la mère

Signature du père (le cas échéant)