

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

## ENFANTS NES SANS VIE - INFORMATION PARENTALE

### INFORMATION DES FAMILLES

Madame, Monsieur,

Selon la réglementation en vigueur, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps de l'enfant né sans vie.

Pour cela, elle dispose d'un délai de 10 jours à dater du décès pour manifester sa volonté et réclamer le corps de l'enfant.

Ce délai est compris entre 10 jours et 4 semaines en cas d'autopsie.

Si à l'expiration de ce délai, elle n'a pas récupéré le corps de l'enfant, le CHU de Nice fera procéder à sa crémation.

Nom de l'enfant : .....  
Né le : ..... / ..... / 20..... à ..... SA (semaine d'aménorrhée) et ..... jours pesant .....g  
Adresse des parents : .....  
.....  
Numéro de téléphone : .....

**Je soussigné,**

**Madame (Nom et prénom) .....** (Mère de l'enfant sus-nommé),  
 Mariée à\*  Pacsée à\*  En union libre avec\*  Divorcée\*  Veuve\*  Célibataire\*

**Monsieur (Nom et prénom) .....** (Père de l'enfant sus-nommé)

**Déclare(ons) avoir pris connaissance des différentes modalités de prise en charge du corps.**

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

Signature de la mère

Signature du père (le cas échéant)

(\*Cocher la mention utile)