

DEMANDE D'EXAMEN POST-MORTEM

**Nos références
(étiquette Diamic)**

**Date et heure de réception
au laboratoire de pathologie :**

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR:

NOM, Prénom :

Copie à:

Vu pour accord, à ma connaissance (1), rien ne s'oppose à ce qu'il soit procédé à la section demandée.
(1) Pas d'opposition familiale ni motif philosophique

Signature obligatoire:

PATIENT : (compléter ou étiquette)

NOM, Prénom : _____

Né(e) le : _____ Sexe : _____

HISTORIQUE :	
Entré(e) le :	
Salle :	
Lit :	
décédé (e) le :	
Heure du décès :	

CONTEXTE INFECTIEUX :	
<input type="checkbox"/>	Covid -19
<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob
<input type="checkbox"/>	Tuberculose
<input type="checkbox"/>	VIH
<input type="checkbox"/>	Autre :

ANTECEDENTS :	
<input type="checkbox"/>	Tabagisme
<input type="checkbox"/>	Alcoolisme
<input type="checkbox"/>	Toxicomanie
<input type="checkbox"/>	HTA
<input type="checkbox"/>	Autre :

L'examen post-mortem est demandé au laboratoire d'Anatomie pathologique du CHU de Liège en raison de :

Diagnostic clinique à l'admission :

Diagnostic clinique au moment du décès :

Problèmes cliniques particuliers à clarifier :

Autopsie du cerveau : OUI NON