



Laboratoire de pathologie

## Autorisation d'autopsie

Prénom et nom du défunt : \_\_\_\_\_

### Section du médecin référant

Questions cliniques à investiguer pour le pathologiste :

Nom médecin référant :

Date :

### Section du signataire (représentant du défunt)

Cette requête doit être obligatoirement complétée avec toutes les informations demandées pour que nous puissions procéder à l'autopsie. Le signataire doit également être autorisé à signer conformément aux articles 14 et 15 du Code Civil du Québec. Celui-ci est par ordre de priorité, le mandataire, le tuteur, le curateur, le conjoint, un proche parent ou toute personne qui démontre un intérêt particulier pour le défunt.

Par la présente, j'autorise l'Institut de Cardiologie de Montréal et les médecins qu'il désignera, à pratiquer l'autopsie dans un délai de 3 jours ouvrables et à disposer des tissus et organes prélevés une fois le rapport terminé.

Par la présente, je refuse l'autopsie.

**Restrictions lors de l'autopsie :**  Aucune  Restrictions ci-dessous :

Je désire recevoir le rapport d'autopsie.

Non, je ne désire pas recevoir le rapport d'autopsie.

Le rapport final est émis en général dans un délai de 90 jours ouvrables, mais ce délai peut varier selon les analyses à effectuer.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom du signataire en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Qualité du signataire  
(lien avec le défunt)

\_\_\_\_\_  
Adresse du signataire et code postal

\_\_\_\_\_  
Ind. rég. N° de téléphone

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Témoin à la signature (nom lettres moulées et signature)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
2<sup>e</sup> témoin requis si consentement donné par téléphone

\_\_\_\_\_  
Date