



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL



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^e témoin requis si consentement donné par téléphone

Date