



AZ SINT-JAN AV
 Ruddershove 10
 8000 Brugge

Dienst voor pathologische anatomie
 Histo- en cytologisch laboratorium
 7/100.49/88/000

Tel. 050 452710
 Fax 050 452719

Dr. I. Van Den Berghe **Dr. P. De Paepe**
Dr. K. De Groef **Dr. L. Vanwalleghem**

AANVRAAG VOOR AUTOPSIE (KIND)

Ondergetekende, Drverzoekt hierbij om een autopsie / lijkschouwing uit te voeren bij patiënt.....die overleden is op.....

De ondergetekende arts bevestigt hierbij:

- * dat het overlijden op.....werd meegedeeld aan de **ouders** van de overleden baby/het overleden kind

 - * dat aan de ouders **uitdrukkelijk om toestemming werd gevraagd voor het uitvoeren van de autopsie**
 - * dat zij de kans kregen om vragen te stellen over het doel en het verloop van de autopsie
 - * dat zij vervolgens **toestemming hebben gegeven om de autopsie / hersenautopsie uit te voeren, dit wordt bevestigd met de handtekening van de ouders**
- * **hersenautopsie** ja neen

Inlichtingen omtrent de overleden patiënt

Naam en voornaam:

Geboortedatum:

Geslacht:

Volledig adres:

Patiëntnummer:

Klinische inlichtingen

Datum opname: Datum overlijden:

Diagnose opname:

Definitieve hoofddiagnose bij overlijden:

Bijkomende diagnoses:

Toegediende therapie:

Infectie risico: hepatitis B – C / TBC / HIV / Andere:

Bijzondere aandachtspunten bij autopsie:

Kopie verslag aan:

Dr Dr

Dr Dr

Datum:

Naam aanvragende arts + handtekening **Naam moeder + handtekening** **Naam vader + handtekening**
 (+gegevens)