

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

DEMANDE DE TRANSFERT POUR AUTOPSIE

Direction clinique _____		Programme _____		Site _____	
Médecin demandeur :					
_____			_____		
Nom du médecin demandeur			Numéro de permis		
_____			_____		
Numéro de téléphone			Numéro de télécopieur		
Établissement receveur pour la demande de transfert :					
_____		_____		_____	
Nom de l'établissement		Personne contact		Numéro de téléphone	
Planification du transfert avec l'établissement receveur :					
_____			_____		
Date planifiée du transfert (aaaa/mm/jj)			Heure planifiée du transfert (hh:mm)		
Entreprise de service funéraire choisie par la famille identifiée au constat de décès (post autopsie) :					
_____			_____		
Nom de l'entreprise de service funéraire			Numéro de téléphone		
Personne contact de la famille du défunt :					
_____			_____		
Nom du signataire de la demande d'autopsie			Numéro de téléphone		
Section à compléter avec l'entreprise de service funéraire sollicitée par le CIUSSS de la Capitale-Nationale au moment de sa prise en charge du corps pour le transport vers l'établissement receveur					
_____			_____		
Nom de l'entreprise de service funéraire			Nom du représentant de l'entreprise de service funéraire		
_____		_____		_____	
Date de prise en charge (aaaa/mm/jj)		Heure de prise en charge (hh:mm)		Signature	
Transmission du rapport préliminaire et final d'autopsie par l'établissement receveur au CIUSSS de la Capitale-Nationale :					
Service des archives médicales de Christ Roi					
900, boulevard Wilfrid-Hamel					
Québec (Qc) G1M 2R9					
Se référer à la procédure de demande d'autopsie (PRO-000-102) pour plus de précisions sur la démarche à suivre					
Date _____		Signature _____		Profession _____	
aaaa/mm/jj				Numéro permis _____	
				Si professionnel	