Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

AUTORISATION POUR LA SORTIE D'UN CORPS APRÈS LE DÉCÈS

1. SECTION CLINIQUE - UNITÉ DE SOINS

Effets personnels laissés avec le corps : ❑ Dentiers ❑ Lunettes ❑ Aucun ❑ Autres : _____

Autopsie demandée : ❑ Oui ❑ Non Date de l'autopsie par le pathologiste (si connue) : _____

Coroner : ❑ Oui ❑ Non

❑ Don d'organes ❑ Don de corps à la science ❑ Non applicable

Nom du représentant légal : _____ N° téléphone : _____

Maison funéraire choisie (si connue) : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date: _____ heure : _____

2. SECTION CLINIQUE – CENTRE MÈRE-ENFANT

Autopsie demandée: ❑ Oui ❑ Non Date de l'autopsie (si connue) : _____

Coroner : ❑ Oui ❑ Non Poids du bébé : _____g

❑ J'autorise la maison funéraire suivante :_____
à prendre possession du corps de mon bébé.

Information supplémentaire : _____

❑ J'autorise le CISSS de la Montérégie-Ouest ou le CHU Sainte-Justine (si autopsie) à disposer du corps de mon bébé selon la politique du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Signature du parent : _____ Date: _____ heure : _____
Signature de l'infirmière : _____ Date: _____ heure : _____

3. SECTION DIRECTEUR DE LA MAISON FUNÉRAIRE

Nom officiel de la maison funéraire qui prend possession du corps identifié et des effets personnels énumérés précédemment : _____

N° de téléphone : _____ N° de permis : _____

Signature du représentant de la maison funéraire : _____ Date/heure : _____

4. SECTION CORONER (si applicable)

Nom du transporteur : _____

N° de téléphone : _____ N° de permis : _____

Signature du transporteur : _____ Date: _____ heure : _____

5. SECTION RESPONSABLE DE LA SORTIE DU CORPS

Signature et titre : _____ N° d'employé/matricule : _____ Date: _____ heure : _____