

**Consentement parental à l'autopsie d'un enfant né sans  
vie ou né vivant mais non viable**

Organigramme CH  
N°3

Nous soussignés, Madame (NOM, Prénom) \_\_\_\_\_  
et Monsieur (NOM, Prénom) \_\_\_\_\_,

parents de l'enfant (Prénom) \_\_\_\_\_, né(e) le : \_\_\_\_\_ à  
(Lieu) \_\_\_\_\_ ;

**(Cocher les cases correspondantes)**

- Donnons l'autorisation au CHU de Caen :
- De réaliser une autopsie sur le corps de notre enfant, permettant de rechercher la cause du décès ou des anomalies dont il était affecté
  - De réaliser tout autre examen nécessaire à l'établissement d'un diagnostic
  - De congeler des tissus en vue d'éventuelles études complémentaires (en particulier études de l'ADN)
- Ne donnons pas d'autorisation au CHU de Caen

Fait le \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Nom du médecin référent : \_\_\_\_\_

Cachet de l'établissement :

Signature de la mère

Signature du père

Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété et signé à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière, permettant aux parents de poser les questions qu'ils jugent nécessaires. L'autorisation doit obligatoirement être donnée par la mère, lorsque l'enfant est né sans vie ou vivant et non viable. Les prélèvements de tissus foetaux et leur utilisation sont effectués en vertu des dispositions l'article L1241-5 du code de la santé publique, dans le respect de l'éthique médicale.