

**Enfant né sans vie ou né vivant mais non viable :**  
**formulaire à remplir par le médecin**

Organigramme CH  
N°2

Je soussigné, Docteur (NOM, Prénom, Qualité)

certifie que Mme\*-Mlle\* (NOM, Prénom(s)) : \_\_\_\_\_,

née le \_\_\_\_\_, a accouché le (date) \_\_\_\_\_

à (heure) \_\_\_\_\_, d'un enfant de sexe féminin\*-masculin\*, au terme de \_\_\_\_\_ SA,  
avec un poids de \_\_\_\_\_ grammes.

**ET (cocher la case)**

- Demande qu'une autopsie soit réalisée sur le corps de cet enfant.
- Ne demande pas qu'une autopsie soit réalisée sur le corps de cet enfant.

Fait le \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Signature du médecin

Cachet de l'établissement

\* Rayer la mention inutile