

## AUTORISATION D'AUTOPSIE

- Il n'y a aucun changement apporté à ce formulaire sinon qu'il existe maintenant en quatre copies et que la section liée au don d'organes et de tissus a disparu.
- Veuillez vous référer au formulaire AH-224 DT9026 pour l'autorisation de prélèvement d'organes et de tissus.

N.B. : Lorsqu'un consentement est donné par téléphone, la signature d'un deuxième témoin est requise.

---



DT9025

## AUTORISATION D'AUTOPSIE



Par la présente, j'autorise

\_\_\_\_\_

Nom de l'établissement

et les médecins qu'il désignera, à pratiquer l'autopsie de \_\_\_\_\_

Nom et prénom

à l'exception de : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ et à disposer des organes et tissus prélevés.

Si, lors de l'autopsie, un médecin, une infirmière ou tout autre professionnel de la santé entre accidentellement en contact avec le sang ou autres liquides organiques du défunt, j'autorise qu'un prélèvement sanguin soit effectué sur le corps du défunt à des fins de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite B (VHB) ou du virus de l'hépatite C (VHC).

\_\_\_\_\_

Nom et prénom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_

Qualité du signataire (obligatoire)

\_\_\_\_\_

Adresse du signataire

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Ind. rég.

N° de téléphone

\_\_\_\_\_

Signature

Date

\_\_\_\_\_

Année

Mois

Jour

\_\_\_\_\_

Témoin à la signature

\_\_\_\_\_

Nom du témoin

Consentement par téléphone :  Oui  Non

**S'il s'agit d'un consentement par téléphone, la signature d'un deuxième témoin est requise.**

\_\_\_\_\_

Témoin à la signature

\_\_\_\_\_

Nom du témoin

N.B. : Le signataire de ce formulaire doit être autorisé à le signer conformément aux articles 14 et 15 du Code Civil du Québec. Celui-ci est, **par ordre de priorité**, le mandataire, le tuteur, le curateur, le conjoint (marié, de fait ou en union civile), un proche parent ou toute personne qui démontre un intérêt particulier pour le défunt.