



UNIDAD DE ANATOMIA PATOLOGICA

Peticionario: Dr/Dra:

Fecha de solicitud:

MADRE:

Nombre:

Apellidos:

Edad:

Nº Suceso:

Antecedentes familiares o de interés previos al embarazo:

Grupo sanguíneo:

Tiempo de gestación:

Resumen de la historia durante el embarazo:

Resumen del parto (indique forceps, ventosa, cesárea...):

CADAVER:

Nombre:

Apellidos:

Edad gestacional:

APGAR:

Peso al nacer:

Día y hora del nacimiento:

Riesgo infeccioso (especifique):

Resumen de la Historia clínica:

Diagnósticos clínicos sugeridos:

Causa última del fallecimiento:

Hallazgos exploratorios y Analíticos más relevantes:



AUTORIZACION DE EXAMEN POSTMORTEM

Médico:..... Fecha:.....

INFORMACION:

El examen postmortem es un procedimiento que se realiza con frecuencia en los hospitales con una de estas finalidades:

- Aclarar la causa de la muerte cuando esta no se conoce.
- Cuando conociendo la causa del fallecimiento han existido circunstancias de la evolución clínica del paciente que necesitan ser aclaradas.
- Para descartar procesos infecciosos en beneficio de terceras personas que hayan estado en contacto
- En niños es extremadamente útil para descubrir malformaciones o enfermedades hereditarias a fin de establecer el consejo genético oportuno.

Como representante legal **DECLARO:**

Que he sido informado de las ventajas e inconvenientes de la autopsia y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. En consecuencia:

(marque con una X la opción desada)

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE LA AUTOPSIA

NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE LA AUTOPSIA

Zaragoza a de..... de 20

Nombre:.....DNI.....

Parentesco:.....Firma:.....

MEDICO SOLICITANTE

Nombre:.....Nº Colegiado.....

Firma:.....