

**CONSENT FOR POST MORTEM  
EXAMINATION  
(MR 102)**

Med Rec. No:

Surname:

Forename:

Sex

D.O.B.

AFFIX LABEL HERE

**رضایتنامه کتبی از طرف نزدیکترین خویشاوند**

قسمت آ (A)

اینجانب ----- بدینوسیله رضایت خود را برای انجام معاینات پس از مرگ، بر طبق شرایط ذکر شده در زیر، بر روی ----- اعلام میدارم.

صورت زیر برای اطمینان خاطر شما از اینکه اطلاعات کافی دریافت کرده اید تهیه گردیده است. ما فقط در صورتی باینکار میپردازیم که جواب شما به همه سئوالات بلی باشد.

بلی  خیر

من بروشور اطلاعات در مورد پس از مرگ را مطالعه کرده و متوجه شده ام

بلی  خیر

من امکان سوال کردن را داشته ام

بلی  خیر

من جوابهای قانع کننده برای همه سئوالاتم دریافت کرده ام

بلی  خیر

متوجه هستم که بدون رضایت من عضوی نگاه داشته نخواهد شد

بلی  خیر

متوجه هستم که نمونه مایعات و بافت های برداشته شده برای تحقیقات آزمایشگاهی نگاهداشته خواهد شد

بلی  خیر

متوجه هستم که علاوه بر پاتولوژیست که معاینات را انجام میدهد، متخصصان دیگری

بلی  خیر

( از قبیل کارآموز پاتولوژی، دکتر عمومی، پرستار) ممکن است حضور داشته باشند.

بلی  خیر

متوجه هستم ممکن است در طول معاینات پس از مرگ از بدن عکس گرفته شود.

بلی  خیر

متوجه هستم که نمونه های معمولی از بافتها برای بافت شناسی برداشته شده و بمدت نامعلوم

بلی  خیر

نگاهداشته میشود و ممکن است از این نمونه ها برای تدریس استفاده گردد.

بلی  خیر

من اطلاعات کافی برای دادن رضایت دریافت کرده و هم چنین وقت لازم برای تصمیم گیری داشته ام

رضایت برای معاینات پس از مرگ داده شده است

(لطفا یکی از اظهارات زیر را علامت زده اگر محدودیت وجود دارد مشخص کنید)

معاینات محدود

معاینات کامل

فقط معاینات ظاهری

گرفتن تصمیم عاقلانه برای معاینات

رضایت برای نگاهداری اعضاء

جدا از نمونه هایی که برای بافت شناسی برداشته میشود، یک عضو کامل نیز ممکن است بمنظور تحقیقات بیشتر که برای درک کامل علت مرگ و اثرات درمان ضروری می باشد، برداشته شود

خیر

بلی

اگر موافقت کنید که یک یا چند عضو نگاهداشته شود آنها را مشخص کنید:

روش از بین بردن عضو پس از معاینات

پس از اینکه تحقیقات بر روی اعضاء برداشته شده بپایان رسید، آنها را میتوان بطرق قانونی از بین برد.

یکی از چهارخانه ها را علامت بزنید.

یکی از این طرق را میتوانید اختیار کنید

بلی  خیر

بیمارستان می تواند اعضاء را بطریق قانونی و محترمانه از بین ببرد

بلی  خیر

من ترتیب از بین بردن اعضاء را بطریق قانونی خواهم داد

بلی  خیر

من مایلیم که اعضاء قبل از دفن، حتی اگر تشییع جنازه را به تاخیر بیندازد، به بدن باز گردانیده شود.

من ----- مرحوم میباشم.

تاریخ: -----/-----/-----

امضاء: -----

**Part B** Witness certifying that all relevant information has been provided to the next of kin signing above:

Print Name and title: \_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**OR Part C VERBAL CONSENT FROM NEXT OF KIN (Medical Officer to Complete)**

Verbal consent has been obtained from \_\_\_\_\_ the senior available next of kin of \_\_\_\_\_ (baby/child's name) for a post mortem examination to be performed .

**Declaration: I have discussed with the aforementioned next of kin all points raised in Part A of this form, and have indicated where required their conditions of consent (by proxy).**

Print Name: \_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Part D POST MORTEM RESULTS**

1. I would like a brief report in plain language to be sent to me via -

Dr \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

**NOTE:** Technical and Plain Language Reports cannot be sent directly to parents.

2. I would like the full technical report to be sent to –

Dr \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

The name of a GP or other Doctor must be provided.

**Part E POST MORTEM COORDINATOR (PMC)**

All relevant documentation has been provided to the parents and informed consent has been obtained to the best of my knowledge.

Print Name: \_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

The next of kin were contacted by:

Phone: Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Visit: Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

**Part F AUTHORITY FOR POST MORTEM EXAMINATION (NOT to be completed by requesting doctor)**

I \_\_\_\_\_

having the powers of a designated officer delegate to me under the Human Tissue Act 1982, authorise a post mortem examination to be performed on the above named deceased.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Part G - CLINICAL INFORMATION TO BE COMPLETED BY THE REQUESTING DOCTOR ONLY**

**PAST HISTORY AND OTHER RELEVANT MEDICAL DETAILS including infectious risks:**

**WHAT SPECIFIC QUESTIONS WOULD YOU (AS THE REQUESTING DOCTOR) LIKE TO GAIN ANSWERS TO FROM THIS POST MORTEM EXAMINATION?**

***THIS SECTION TO BE COMPLETED FOR NEONATAL DEATHS ONLY***

**LABOUR and DELIVERY**                      Onset: Spontaneous / Induced

**PRESENTATION**                              Method: Spontaneous / Forceps / Caesarean

**Date & Time of Delivery** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                      AM / PM

**BABY - SEX - M / F**    Apgars:                      INTUBATED: YES/NO                      BIRTH WEIGHT \_\_\_\_g

**NEONATAL PROBLEMS** -  
All procedures carried out on infant (include details of ventilatory support and duration)

**DEATH**    Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Time \_\_\_\_    Duration of Extrauterine Life \_\_\_\_

**The following Clinicians wish to attend the Post Mortem Examination**                      (PLEASE PRINT)

1. **Dr:** \_\_\_\_\_                      **Pager No.** \_\_\_\_\_  
2. **Dr:** \_\_\_\_\_                      **Pager No.** \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY POST MORTEM COORDINATOR or DELEGATE**

**NEXT OF KIN DETAILS**

**SURNAME:** \_\_\_\_\_ **GIVEN NAME:** \_\_\_\_\_

**ADDRESS:** \_\_\_\_\_

**MEDICAL OFFICER (S):** \_\_\_\_\_

**DECEASED DETAILS**

**UMRN:** \_\_\_\_\_

**SURNAME:** \_\_\_\_\_ **GIVEN NAME:** \_\_\_\_\_

**SEX:** M F **AGE:** \_\_\_\_\_

**DOB:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **DOD:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DOCUMENTATION RECEIVED**

- BDM201 – MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF STILL BIRTH OR NEONATAL DEATH
- RG 356 – MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH
- FORM 7 – CERTIFICATE OF MEDICAL ATTENDANT
- MR 102 – CONSENT FOR POST MORTEM EXAMINATION

**POST MORTEM DISCUSSION DETAILS and CHECKLIST**

**PM CO-ORDINATOR** \_\_\_\_\_

**PRESENT** \_\_\_\_\_

**RELATIONSHIP TO DECEASED** \_\_\_\_\_

**INFORMATION PAMPHLET**     PROVIDED     READ     DISCUSSED

**ISSUES DISCUSSED**

- PM INCISIONS**
- PM OPTIONS**                      Full / Limited /                      External / Step-By-Step / Other
- ROUTINE TISSUE SAMPLES** - taken at post mortem for Histology and retained indefinitely
- RETENTION OF TISSUE / ORGANS**
- PM REPORTS** Plain Language Report / Technical Reports Preliminary and Final Reports
- VALUE OF A POST-MORTEM EXAMINATION**

**QUESTIONS RAISED BY NEXT OF KIN**     YES     NO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANSWERS GIVEN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**POST MORTEM COORDINATOR**

**SIGN** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**NEXT OF KIN**

**SIGN** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_