

WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH SERVICES

**CONSENT FOR POST MORTEM
EXAMINATION
(MR 236)**

Med Rec. No:

Surname:

Forename: **AFFIX LABEL HERE**

Sex:..... D.O.B.

موافقة الاهل الخطية

جزء (أ)

انا

أعطي موافقتي على فحص الجثة بعد الوفاة لإجرائه على

وفقا للشروط المحددة أدناه:

لقد تم إعداد القائمة التالية للتأكد من أنكم قد حصلتم على معلومات كافية لإعطاء الموافقة عن دراية و معرفة لفحص الجثة بعد الوفاة. وسوف لن يباشر مستشفى كينغ أوارد ميموريال في إجراء الفحص إلا إذا تمت الإجابة على جميع الاسئلة.

- لقد قرأت واستوعبت كراسة المعلومات بشأن فحص الجثة بعد الوفاة. نعم لا
- كانت لدي الفرصة لطرح الاسئلة. نعم لا
- لقد حصلت على أجوبة مرضية على جميع أسئلتي. نعم لا
- أفهم أن عينات من الانسجة أو السوائل سوف تؤخذ وسيتم الإحتفاظ بها لغايات الفحوص المخبرية. نعم لا
- أفهم ان عينات روتينية من الانسجة سوف تؤخذ لدراستها وسيتم الإحتفاظ بها الى أجل غير مسمى وقد تستخدم لاغراض تعليمية اولضمان الجوده بدون الإشارة الى الشخص الذي أخذت منه. نعم لا
- أفهم أنه لن يتم الإحتفاظ بأية أعضاء كاملة دون موافقتي. نعم لا
- أفهم أنه سيتم أخذ بعض الصور الطبيه خلال فحص الجثة بعد الوفاة. نعم لا
- أفهم أن أخصائيي صحة اخرين (مثل اخصائيون بعلم الامراض قيد التدريب و الاطباء والممرضات) قد يحضرون فحص الجثة بعد الوفاة. نعم لا
- لقد حصلت على معلومات كافية لإعطاء الموافقة عن دراية ومعرفة وقد أعطيت وقتا كافيا لإتخاذ قرارى. نعم لا
- أفهم أنه بإمكانني تحديد نطاق الفحص, وأنه كلما كان الفحص أكثر شمولية, كلما إشتمل التقرير النهائي على معلومات أكثر. نعم لا

تم إعطاء الموافقة على الفحص التالي للجثة بعد الوفاة (يرجى إختيار مربع واحد)

- فحص كامل فحص خارجي فقط
- فحص محدود فحص تدريجي بناء على ما تقتضيه المعاينة

يرجى كتابة التحفظات إن كان ذلك ضروريا

- قد يتم الإحتفاظ بالانسجة لاغراض البحث والتعليم فضلا عن العينات الروتينية التي أخذت لدراسة النسيج. نعم لا
- قد يتم الإحتفاظ بعضو / أعضاء كاملة. نعم لا

إذا كان سيتم الإحتفاظ بعضو أو أعضاء كاملة يرجى تحديدها

يرجى تحديد طريقة التخلص من العضو بعد الفحص

علاقتي بالشخص المتوفى

التاريخ / /

التوقيع

الجزء ب شاهد يشهد بأن جميع المعلومات اللازمة قد تم تقديمها للوالد / للوالدين الموقع / الموقعين أعلاه
يرجى كتابة الإسم واللقب (الفريق الطبي)

التاريخ / /

التوقيع

Signed: _____

Date: ____ / ____ / ____

OR Part C VERBAL CONSENT FROM NEXT OF KIN

I hereby declare that _____
the parent(s) of baby _____ has been provided with all the relevant information and have given informed verbal consent for a post mortem examination to be performed on their child and for routine tissues samples to be taken for Histology and retained indefinitely.

Print Name & Title: _____ (Clinical Staff)

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

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

Print Name: _____

Signed: _____ Date: ____ / ____ / ____

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

I _____

having the powers of a designated officer delegated 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 PATHOLOGIST Dr _____

ID NO.

Part H**CLINICAL INFORMATION TO BE COMPLETED BY CLINICAL STAFF****Medical Staff Please Note**

This form - **Consent for Post Mortem Examination (MR 236)** must be completed for ALL babies of greater than twenty weeks gestation before a post mortem examination can take place and must be accompanied by:

1. **Medical Certificate of Cause of Stillbirth or Neonatal Death (BDM 201)**
2. **Certificate of Medical Attendant (Form 7)**

For babies born outside KEMH - when sending a baby for examination please send the completed forms mentioned above with the baby and its unfixed placenta and a note of any available details of funeral arrangements.

If you have any queries regarding any aspects of the post mortem arrangements please contact the Post Mortem Coordinator or the Perinatal Pathology Department at the King Edward Memorial Hospital on **(08) 9340 2730** or via FAX on (08) 9340 2636.

PRESENT PREGNANCY

L.M.P. _____ Estimated Gestation: By Dates _____ By U/S _____
(include all abnormalities and any relevant drug history)

PAST OBSTETRIC HISTORY AND OTHER RELEVANT MEDICAL DETAILS**WHAT SPECIFIC QUESTIONS WOULD YOU (AS THE REQUESTING DOCTOR) LIKE TO GAIN ANSWERS TO FROM THIS POST MORTEM EXAMINATION?**

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

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED FOR NEONATAL DEATHS

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 THE POST MORTEM COORDINATOR ONLY

BABY'S DETAILS

UMRN _____

SURNAME _____

GIVEN NAME _____

SEX M F GESTATIONAL AGE _____ / 40 POST NATAL 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 236 – CONSENT FOR POST MORTEM EXAMINATION
- MR 345/346 – CREMATION CONSENT (SB <28/40)

POST MORTEM DISCUSSION DETAILS

POST MORTEM COORDINATOR _____

PRESENT _____

RELATIONSHIP TO DECEASED _____

INFORMATION PAMPHLET PROVIDED READ DISCUSSED

ISSUES DISCUSSED

- PM INCISIONS
- PM OPTIONS
 1. Full
 2. Limited
 3. External
 4. Step-By-Step
- ROUTINE TISSUE SAMPLES - taken at post mortem for Histology and retained indefinitely
- RETENTION OF TISSUE / ORGANS
- MEMENTOS – Photos, Hand and Foot Prints
- FUNERAL ARRANGEMENT OPTIONS
 1. KEMH Cremation Options (SB <28/40)
 - Monthly Interment of Ashes Service
 - Separate Ashes
 2. PRIVATE (Funeral Directors)
- PM REPORTS
 1. Preliminary and Final Reports
 2. Technical Reports
 3. Plain Language Report
- VALUE OF A POST-MORTEM EXAMINATION

QUESTIONS RAISED BY NEXT OF KIN YES NO

ANSWERS GIVEN

