



Institut de plastination

**FORMULAIRE D'AUTORISATION D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL**

(Retournez ce formulaire avec le « formulaire de consentement du donneur »)

Veillez l'imprimer

**Nom**

Nom : .....

Prénom : .....

Second prénom : .....

**Sexe :**      Homme      Femme

**Taille :** .....

**Poids :** .....

**Profession principale** (avant la retraite) :

.....

**Antécédents médicaux** (par exemple, maladies d'enfance, du cœur, des reins, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**FORMULAIRE D'AUTORISATION D'ACCÈS  
AU DOSSIER MÉDICAL (SUITE)**

**Opérations et accidents :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Infirmités ou malformations :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

J'autorise l'Institut de plastination à avoir accès à mon dossier médical complet.

Oui  Non

J'autorise la publication de mon dossier médical avec la ou les parties plastinées  
provenant de mon corps.

Oui  Non

Nom en caractères imprimés : .....

Date : ..... Signature : .....