

## GUIA D'ACTUACIÓ EN ELS CASOS DE MORT FETAL AVANTPART.

**Autors:** A. Olivella, M. Llaboré, N. Ollé, M. Castellón, J. Armengol (Servei d'Obstetrícia i Ginecologia), N. Rabella (Servei de Microbiologia), N. Vilalta (Unitat d'Hemostàsia), A. Mozos, L. López (Servei d'Anatomia Patològica), N. Pujol (CERBA)

**Data de revisió:** gener 2017

### 1. Introducció. Definició i classificació

Podem trobar a la literatura diverses definicions de la mort perinatal; segons la FIGO, la mort fetal avantpart és la que es produeix abans del naixement o part, amb independència de la durada de la gestació. A la vegada, cronològicament es poden distingir:

1. Mort fetal primerenca: produïda fins les 22 setmanes o pes fetal < 500 g. Es refereix, per tant, a la pèrdua gestacional de segon trimestre (avortament), entre les 12<sup>+0</sup>- 21<sup>+6</sup>.
2. Mort fetal intermèdia i tardana. A partir de les 22<sup>+0</sup> setmanes o bé un pes >500 g si se'n desconeix l'edat gestacional. Èxitus fetal avantpart

### 2. Factors de risc

La identificació i prevenció de factors de risc modificables com l'obesitat i el tabaquisme, es recomana en el control i seguiment de la gestació.

S'ha d'emfatitzar en el control idoni i precoç de la HTA i la DM pregestacional. Es recomanen tractaments profilàctics amb AAS i HBPM davant determinades patologies.

En la següent taula es mostren les taxes de mortalitat fetal en relació amb diverses patologies maternes, amb l'Odds Ratio corresponent.

Patologia	Taxa de Mort fetal (x1000 NN vius)	Odds Ratio
HTA crònica	6-25	1.5-2.7
DM insulínodendent	6-35	1.7-7
LES	40-150	6-20
Trombofília	18-40	2.8-5
Patologia tiroidea	12-20	2.2-3
Malaltia renal	15-200	2.2-30

### **3. Etiologia**

Les causes de MF es podrien agrupar en maternes, placentàries i fetals.

L'evidència ha identificat com a les més freqüents, les relacionades amb la placenta (preeclàmpsia, CIR, despreniment de placenta), les infeccions virals, les alteracions genètiques/cromosòmiques i les patologies maternes cròniques. Tot i això, aproximadament en un 40% dels casos, no podem determinar la causa.

### **4. Diagnòstic**

Quan se sospiti una pèrdua fetal per auscultació (Sonicaid o bé monitoratge cardiotocogràfic) es confirmarà sempre per ecografia, identificant l'absència de freqüència cardíaca fetal. En pacients amb mala transmissió, oligoamnies, s'utilitzarà el Doppler color i polsat. És recomanable avisar un segon professional per tal de confirmar la sospita abans d'establir i comunicar el diagnòstic de mort fetal. Un cop comunicat el diagnòstic, s'oferirà mostrar la imatge a la parella.

Cal avisar a la mare que de vegades poden notar moviments fetals passius.

### **5. Acollida i acompanyament**

Per aprofundir en els aspectes relatius a l'acompanyament en el dol perinatal ens remetem a:

- **Protocol d'acompanyament al dol perinatal a l'HSP.**
- **Guia d'acompanyament en el dol perinatal.** Generalitat de Catalunya-Departament de Salut (1a edició, setembre 2016)

Cal tenir molt present que la manera com donem la informació a les famílies davant d'un diagnòstic de pèrdua fetal, és clau per a la seva recuperació. S'ha d'intentar proporcionar intimitat i respectar el desig d'estar sols. Moltes vegades haurem de tranquil·litzar i donar suport. Hem de cuidar el vocabulari i mostrar seguretat. La comunicació no verbal és molt important.

Es donarà temps per decidir i anirem informant dels procediments a seguir.

Una vegada s'hagi confirmat el diagnòstic es proporcionarà una bona acollida a la pacient i als seus acompanyants.

- S'assignarà la sala de dilatació 5, que proporciona més intimitat. Es mantindrà la porta tancada i afavorirem, si així ho desitgen, l'acompanyament dels familiars.

- S'identificarà l'existència d'un procés de dol a la resta de personal de la sala de parts mitjançant un element característic a la porta de la dilatació, a la pissarra de la sala i a la història clínica.
- Confirmarem si han estat informats de tot el procés, per poder aclarir qualsevol dubte que hagi pogut sorgir.
- Respectarem el silenci. Facilitarem i ajudarem a l'expressió del dolor si ho desitgen. Oferirem la nostra presència.
- S'intentarà que sempre es contacti amb el mateix personal de l'equip (auxiliar, llevadora i metge).
- Evitar la posició de litotomia.
- Preguntar pel nom del fetus i dirigir-nos-hi pel nom. Si no en té es pot recomanar posar-ne un.

## **6. PÈRDUA FETAL DE SEGON TRIMESTRE (12<sup>+0</sup> - 21<sup>+6</sup> setmanes)**

### **6.1. Protocol d'estudi**

- Història clínica completa. Identificació de factors de risc.
- Estudi ecogràfic per confirmar el diagnòstic i valorar la presència de malformacions fetals.
- Anàlisi completa
  - Grup i Rh
  - Anticòsos irregulars
  - Hemograma
  - Coagulació
  - Perfil hepàtic
  - Bioquímica bàsica
  - PCR
- Perfil d'hemostàsia
- Serologies maternes
  - Parvovirus B19
  - Rubèola (si no immune)
  - CMV
  - Toxoplasma
  - Lues
  - VIH, VHC, VHB (en cas que siguin desconegudes)
  - Listèria
- Cultius de placenta per CMV i Parvovirus B19. Aporten més informació que les serologies maternes. Remetre un fragment de placenta en sèrum fisiològic, utilitzant tècnica estèril.

➤ Cariotip.

- S'ofrirà estudi de cariotip convencional mitjançant biòpsia de còrion o amniocentesi en funció de l'edat gestacional. Es contactarà amb Diagnòstic Prenatal per tal de realitzar la tècnica (ext: 5760). Les mostres es remetran en condicions estèrils i a temperatura ambient.
- Cal omplir full rosa de CERBA i full gris de *Sol·licitud de Proves Externes*.
- Telèfon de CERBA: 93.727.22.33.
- Telèfon missatger: 670.23.68.29.

➤ Remetre placenta a AP en fresc.

➤ Fetus.

- Fetus < 15 setmanes: s'enviarà la placenta i el fetus a AP amb el full d'AP com si fos peça quirúrgica. No calen més documents.
- Fetus > 15 setmanes. Veure Documentació administrativa.

Per a facilitar el procés de sol·licitud de les analítiques, es podran trobar a l'ETC uns perfils específics d'estudi d'òbit fetal
--

## **6.2. Inducció del part**

La inducció s'iniciarà al gabinet de Diagnòstic Prenatal un cop finalitzada la tècnica per cariotip. S'administrarà 200 mg de Mifepristona vo.

Si la pacient està estable i ho accepta, es diferirà l'ingrés 24-36 hores. Si la pacient no ho accepta, es procedirà a l'ingrés en aquell mateix moment, via Urgències Ginecologia/Sala de Parts.

En cas de que s'hagi diferit el procediment, a les 24-36 hores la pacient ingressarà via Urgències Ginecologia/Sala de Parts per tal de començar la inducció. Es citarà a les 9:00 per tal que es pugui començar la inducció al més aviat possible.

S'administraran 800 mcg Misoprostol via vaginal. A les 3 hores es donarà la primera dosi de 400 mcg de misoprostol via oral. Es repetiran les dosis de misoprostol via oral cada 3 hores fins a un total de 3 dosis més (4 en total).

En cas de no produir-se l'expulsió durant la primera tanda, es repetirà una segona tanda amb la mateixa pauta, començant a les 24:00 h amb Mifepristona

(200 mg v. oral), seguida de Misoprostol (800 mcg v. vaginal) a les 9:00 h i continuant amb 400 mcg v. vaginal cada 3 h, fins a un total de 5 dosis.

<b>INDUCCIÓ FARMACOLÒGICA. PÈRDUA FETAL 2on TRIMESTRE</b>	
Inici del procés	Mifepristona 200 mg v.oral (24-36 h abans de l'ingrés)
09:00 h	Misoprostol 800 mcg v. vaginal
12:00 h	Misoprostol 400 mcg v.oral
15:00 h	Misoprostol 400 mcg v.oral
18:00 h	Misoprostol 400 mcg v.oral
21:00 h	Misoprostol 400 mcg v.oral
24:00 h	2a dosi de Mifepristona 200 mg v. oral
09:00 h	Misoprostol 800 mcg v. vaginal
12:00 h	Misoprostol 400 mcg v.vaginal
15:00 h	Misoprostol 400 mcg v.vaginal
18:00 h	Misoprostol 400 mcg v.vaginal
21:00 h	Misoprostol 400 mcg v.vaginal
24:00 h	Misoprostol 400 mcg v.vaginal

- En cas de no expulsió, es valorarà la utilització de mètodes de dilatació mecànica.
- En cas de cesària anterior, donada l'edat gestacional, les dosis de mifepristona i misoprostol seran les mateixes.
- S'avisarà a l'equip d'anestesiologia del cas.
- Es pot administrar tractament ansiolític si la dona ho desitja amb Diazepam 5 mg sublingual.
- S'administrarà analgèsia ev amb paracetamol 1gr/6h combinat amb dexketoprofeno 50mgr/6h
- Si es requereix més analgèsia contactarem amb l'equip d'Anestesiologia per valorar l'administració de mòrfics o, si persisteix el dolor, s'indicarà anestèsia peridural.
- No es realitzarà tractament antibiòtic profilàctic. En cas d'infecció materna, tractar amb ATB d'ampli espectre (incloent Clamídia)
- Es realitzarà ecografia sistemàticament després del part i en funció de les troballes es valorarà la indicació de legrat aspiratiu.
- Profilaxi hemorràgia postpart amb 5UI d'oxitocina EV o IM
- Oferir veure el fetus.

### **6.3. Postpart**

- En gestacions >16 setmanes , es pautarà inhibició de la lactància amb cabergolina 2 comprimits en dosi única. (Contraindicat en HTA).
- Administrar gammaglobulina anti-D en gestants Rh negatiu.

- Afavorir l'alta precoç, si es pot, des de la mateixa Sala de Parts. En cas d'ingrés oferir la sala de maternitat (D2) o sala perifèrica.
- S'anul·laran totes les visites de seguiment d'embaràs (Elisenda Carbonell)
- Es donarà visita post-alta en 6-8 setmanes a les Consultes Externes d'Obstetrícia (dispensari Dra. Olivella).
- Valorar/Oferir visita amb psicologia (Maite Castellón)

## **7. MORT FETAL AVANTPART (> 22<sup>+0</sup> setmanes)**

### **7.1. Protocol d'estudi**

Per tal de determinar la possible causa de la pèrdua fetal és important que es realitzin les proves indicades. És imprescindible que l'equip de guàrdia anoti clarament al curs clínic del SAP tot el que es realitza durant tot el procés assistencial.

#### **7.1.1. Abans del part:**

- Història clínica completa. Exploració física completa. Identificació de factors de risc.
- Estudi ecogràfic per confirmar el diagnòstic i valorar la presència de malformacions fetals. Valorar l'estàtica fetal.
- Anàlítica completa:
  - Grup i Rh
  - Anticossos irregulars
  - Hemograma
  - Coagulació
  - Perfil hepàtic
  - Àcids biliars (si clínica suggestiva de colèstasi)
  - Bioquímica bàsica
  - PCR
  - Ràtio proteïnes/creatinina orina
- A les pacients amb una pèrdua fetal avantpart amb membranes íntegres i sense evidència de CID, preeclàmpsia ni signes de sèpsia, que vulguin realitzar una conducta expectant de més de 48h, se'ls realitzaran controls clínics i analítics 2 vegades per setmana. No és recomanable perllongar la conducta expectant més de 3 setmanes. Cal informar que la conducta expectant pot reduir el valor de l'autòpsia i pot deteriorar l'aspecte del fetus.
- Test de Kleihauer. Per diagnosticar hemorràgies feto-maternes. Cal sol·licitar-lo abans del part i en tots els casos ja que pot ser una causa

silent de pèrdua fetal. S'utilitzarà per decidir els nivells de requeriment de gammaglobulina anti-D.

- Serologies maternes
  - Parvovirus B19
  - Rubèola (si no immune)
  - CMV
  - Toxoplasma
  - Lues
  - VIH, VHC, VHB (en cas que siguin desconegudes)
  - Listèria
  
- Perfil d'hemostàsia
- Tòxics en orina. (cal consentiment)
- Amniocentesi. Si no es coneix el cariotip fetal i tècnicament és possible. Cal consentiment. Es contactarà amb Diagnòstic Prenatal per gestionar les mostres.
- Davant clínica suggestiva de RPM, APP, corioamnionitis sol·licitar proves complementàries segons cada protocol.

Per a facilitar el procés de sol·licitud de les analítiques, es podran trobar a l'ETC uns perfils específics d'estudi d'òbit fetal

### 7.1.2. En el moment del part

- Inspecció del fetus. Cal anotar el pes del fetus i la placenta. Destacar troballes importants.
- Necròpsia. És recomanable realitzar-la. Adjuntar el full de sol·licitud d'autòpsia clínica (específic de necròpsies). Cal especificar les dades clíniques rellevants a la sol·licitud. Adjuntar 3 còpies del full d'autorització/denegació autòpsia. Si els pares no desitgen realitzar necròpsia, es sol·licitarà consentiment per realitzar una RMN fetal
- Remetre la placenta (en fresc) a AP juntament amb el fetus. Obtenir les mostres necessàries abans de remetre la peça.
- Radiografia simple de front i perfil.
- Cultius placentaris o fetals. Davant la sospita d'infecció materna o fetal. Aporten més informació que les serologies maternes. Les mostres seran remeses pel servei d' AP a microbiologia.
- Estudi de cariotip en teixits fetals: es recomana enviar la major quantitat de mostres per estudi citogenètic.

### MOSTRES DE TEIXITS FETALS PER ESTUDI CITOGENÈTIC

- ✓ Sang fetal (del cordó o per cardiocentesi); 3 ml en tub estèril amb heparina.
- ✓ Fragment de placenta d'1 cm<sup>3</sup> de superfície fetal propera a d'inserció del cordó umbilical, incloent les membranes fetals.
- ✓ Pell fetal de braç o cama que inclogui teixit subcutani.

- En els casos on hi hagi una causa clara, es remetrà líquid amniòtic per cariotip convencional. Quan l'èxitus fetal sigui de causa desconeguda o bé hi hagi malformacions fetals, es remetran el màxim de mostres per tal de fer Arrays.
- Es contactarà amb Diagnòstic Prenatal per tal gestionar les mostres al laboratori de genètica (ext: 5760). Les mostres es remetran en condicions estèrils i a temperatura ambient.
- Cal omplir full rosa de CERBA i full gris de *Sol·licitud de Proves Externes*.
- Telèfon de CERBA: 93 727 22 33. Telèfon missatger: 670236829.

#### 7.1.3. Post part

- Sol·licitar TTOG a l'alta si: glicèmia basal 100-125 mg, glicèmia a l'atzar 140-200 mg i/o pes fetal al néixer >p90
- Administrar gammaglobulina anti-D a les pacients Rh negatives. S'administrarà dosi estàndard (1500 UI que corresponen a 300 mcg). En casos d'hemorràgia feto-materna s'ajustarà la dosi en funció del test de Kleihauer. S'administraran 200 mcg de gammaglobulina per cada 10 ml d'hemorràgia feto-materna.
  - **Càlcul hemorràgia fetomatena: hematies x 50 =ml d'hemorràgia feto-materna**
- Inhibició de la lactància. Cabergolina 2 comprimits en dosi única. Contraindicat en pacients amb HTA
- Es realitzarà IC a Psicologia (Maite Castillón) per valoració durant l'ingrés i es programarà visita a C. Externes Psicologia en funció de la valoració realitzada.
- Es programarà visita a C.Externes d'Obstetrícia (Dra. A. Olivella) en 6-8 setmanes.
- Afavorir l'alta precoç quan sigui possible.
- S'anul·laran totes les visites de seguiment d'embaràs (Elisenda Carbonell)
- S'oferirà informació sobre el procés de dol, sobre actituds positives i adaptatives i senyals de dificultat en el procés. Document informatiu del Departament de salut de la generalitat sobre el dol perinatal per pares i familiars.



#### **7.1.4. Visita post alta**

- En casos seleccionats, a la visita post alta, es sol·licitarà estudis de trombofília i es donarà vista a C. Externes Hemostàsia (Dr. Fontcuberta).
- Valorar estudi de cariotip dels pares si hi ha pèrdua fetal recurrent (>2 pèrdues de causa desconeguda) o bé si troballes rellevants.

#### **7.2. Inducció del part**

Donat que el diagnòstic d'una mort fetal avantpart té un alt impacte emocional és important respectar el temps que cada parella necessita per assumir la situació i planificar l'estratègia a seguir.

És recomanable finalitzar la gestació un cop assimilat el diagnòstic i per tant, la majoria de les gestants ja quedaran ingressades en el mateix moment del diagnòstic.

A les pacients amb una pèrdua fetal avantpart amb membranes íntegres i sense evidència de CID, preeclàmpsia ni signes de sèpsia, que vulguin realitzar una conducta expectant de més de 48h, se'ls realitzaran controls clínics i analítics 2 vegades per setmana. No és recomanable perllongar la conducta expectant més de 3 setmanes. Cal informar que la conducta expectant pot reduir el valor de l'autòpsia i pot deteriorar l'aspecte del fetus.

La via d'elecció del part serà la vaginal, tan en presentacions cefàliques com en podàliques. La situació transversal s'ha d'intentar convertir en longitudinal. Presenta avantatges fisiològics i facilita l'elaboració del dol. Cal explicar els riscos d'una cesària, que es reservarà per indicacions maternes.

Quan el Bishop sigui favorable >6, s'optarà per una estimulació del part amb oxitocina ev.

Quan el Bishop no sigui favorable <6, s'iniciarà maduració cervical amb misoprostol vaginal.

- En gestacions entre 22<sup>+0</sup>-24<sup>+6</sup>: MSP 400 mcg/4h v.v. x 6 dosis
- En gestacions entre 25<sup>+0</sup>-28<sup>+6</sup>: MSP 200 mcg/4h v.v. x 6 dosis
- En gestacions > 29<sup>+0</sup> setmanes: MSP 50 mcg/4 v.v. x 6 dosis

En cas de cesària anterior, a causa del risc de ruptura uterina, la dosi utilitzada serà la meitat:

- En gestacions entre 22<sup>+0</sup>-24<sup>+6</sup>: MSP 200 mcg/4h v.v. x 6 dosis
- En gestacions entre 25<sup>+0</sup>-28<sup>+6</sup>: MSP 100 mcg/4h v.v. x 6 dosis
- En gestacions > 29<sup>+0</sup> setmanes: Propess® vaginal

- L'expulsió es realitzarà a la mateixa sala de dilatació (Dila-5) evitant la posició de litotomia si és possible.
- Ús restrictiu de l'episiotomia
- No es recomana estar en dejú mentre no s'iniciï el treball de part
- S'avisarà a l'equip d'Anestesiologia del cas.
- Es pot administrar tractament ansiolític si la dona ho desitja amb Diazepam 5 mg sublingual.
- S'administrarà analgèsia ev amb paracetamol 1gr/6h combinat amb dexketoprofeno 50mgr/6h
- Si es requereix més analgèsia contactarem amb l'equip d'Anestesiologia per valorar l'administració de mòrfics o, si persisteix el dolor, s'indicarà anestèsia peridural.
- No es realitzarà tractament antibiòtic profilàctic. En cas d'infecció materna, tractar amb ATB d'ampli espectre (incloent Clamídia)

Un cop s'hagi produït el part, oferirem als pares l'opció de veure i agafar al nadó ja que ajuda a elaborar un bon dol. Explicar que és recomanable però no obligar. En cas que el vulguin veure, informarem de en quin estat està. Es presentarà al nadó embolicat amb tovalloles (no talles) i amb gorro. Se'l presentarà igual que un nadó viu. Cal suavitzar el primer contacte tapant les parts que han quedat malmeses (que ells destapin el que vulguin veure).

Oferirem la nostra companyia o si desitgen estar sols. Cal donar el temps que la parella necessiti.

Si cap dels pares el vol veure, preguntar si algun familiar que ells escullin ho desitja.

Donar la llibertat a la família per fer rituals culturals o religiosos.

S'oferirà l'opció d'obtenir i conservar records relacionats amb el nadó: caixa de records. Cal tenir l'autorització del pares per recollir el braçalel identificatiu, empremtes dels peus o mans, cabell...Poden fer-se fotografies.

### **7.3. Control de gestacions posteriors**

S'intentarà reduir el risc en els factors de risc que són modificables.

Es donarà suport per deixar de fumar. Mesures per intentar millorar pèrdua de pes.

Completar l'estudi abans de recomanar una nova gestació.

L'embaràs que segueix a una pèrdua fetal es considera d'alt risc. La possibilitat de recurrència varia segons la causa i de l'edat gestacional en el moment de la mort. Quan la causa de l'èxitus no ha estat esclarida, s'estima un risc empíric d'un 3% de recurrència, que s'eleva a un 11% en cas de dues morts fetals.

Després d'haver patit una pèrdua fetal intrauterina, les gestacions successives presenten un risc superior de mals resultats perinatals (corioamnionitis, distrès, part preterme extrem, isquèmia placentària).

S'oferirà control de la gestació posterior a les Consultes Externes d'Obstetrícia.

S'Iniciarà el control benestar fetal a les 32 setmanes o 1- 2 setmanes abans de l'edat gestacional on es va produir la pèrdua anterior.

Valorar inducció del part a partir de la setmana 39.

## **8. COMITÈ DE MORTALITAT PERINATAL**

El darrer de divendres de cada mes, en la Sessió de Perinatologia, amb la participació de tots els professionals relacionats amb l'atenció a l'embaràs i el part, es presentaran els casos de mortalitat perinatal, per tal de revisar els resultats dels estudis duts a terme, establir-ne el diagnòstic i plantejar el consell reproductiu a la parella.

## ANNEX 1

### DOCUMENTACIÓ ADMINISTRATIVA

- La documentació que s'ha adjuntar va en funció de les setmanes de gestació i de si es realitza enterrament o no.
- L'enterrament del fetus és obligatori a partir de la setmana 26.
- L'enterrament és opcional per sota les 26 setmanes, sense existir un límit inferior d'edat gestacional definida.
- Cal que quedi anotat a la Història Clínica la decisió dels pares respecte l'enterrament i la necròpsia.
- Cal enregistrar al Llibre de Parts (electrònic i de paper) tots els nascuts amb pes > 500 g

#### 1. Fetus < 15 setmanes:

S'enviarà la placenta i el fetus a AP amb el full d'AP com si fos peça quirúrgica. No calen més documents.

#### 2. Fetus entre 15 i 26 setmanes:

- Certificat Mèdic Ordinari de Beneficència per Serveis Funeraris
- Full de reconeixement del mortinat i Autorització/Denegació autòpsia (full blanc). Cal fer-ne dues còpies més.
  - original la història clínica
  - còpia amb el fetus per necròpsies
  - còpia pel servei funerari
- Full d'anatomia patològica de Petició d'Autòpsia Clínica (si s'autoritza)

#### **Anatomia Patològica** han de rebre:

- Fetus i placenta
- còpia del full de reconeixement del mortinat i autorització/denegació d'autòpsia
- petició d'autòpsia clínica (en cas que s'autoritzi)

#### **Serveis Funeraris** han de rebre:

- còpia del full de reconeixement del mortinat i autorització/denegació d'autòpsia
- Certificat Mèdic Ordinari

### **3. Fetus> 26 setmanes:**

- Certificat Mèdic Ordinari de Beneficència per Serveis Funeraris (CMO)
- Full de reconeixement del mortinat i Autorització/Denegació autòpsia (full blanc). Cal fer-ne dues còpies més.
  - original la història clínica
  - còpia amb el fetus per necròpsies
  - còpia pel servei funerari
- Full d'anatomia patològica de Petició d'Autòpsia Clínica (si s'autoritza)
- Declaració i comunicat de deslliurament de criatures abortives (full rosa)
- Butlletí d'Estadística del part (blanc i rosa)

És important que el CMO, el full de declaració i comunicat de deslliurament de criatures abortives i el Butlletí de l'estat hi consti la signatura del mateix responsable clínic i del mateix declarant (pare, mare, familiar proper...). Hi ha de constar mateixa hora, mateixa edat gestacional.

Si els pares NO es fan càrrec de l'enterrament, l'Ajuntament de Barcelona se'n fa càrrec. Si alguna parella es mostra interessat, cal dir que és un enterrament comú i es pot informar del dia i lloc en què tindrà lloc l'enterrament. Cal adjuntar:

- Document d'insolvència (se n'ocupa T. Social)
- Sol·licitud d'enterrament de beneficència (se n'ocupa T. Social)

#### **Anatomia Patològica** han de rebre:

- Fetus i placenta
- còpia del full de reconeixement del mortinat i autorització/denegació d'autòpsia
- petició d'autòpsia clínica (en cas que s'autoritzi)

#### **Serveis Funeraris** han de rebre:

- còpia del full de reconeixement del mortinat i autorització/denegació d'autòpsia
- Certificat Mèdic Ordinari
- declaració i comunicat de deslliurament de criatures abortives (full rosa)
- Butlletí d'Estadística del part (blanc i rosa)
- Document d'insolvència
- Sol·licitud d'enterrament de beneficència