Decreto dirigenziale n. 1688/2011

**REGIONE TOSCANA Allegato 1**

AZIENDA SANITARIA DI …………………………………………………………………………..………………………………………………… ZONA …………………………………….

**CERTIFICATO DI ACCERTAMENTO DI MORTE**

**COMUNE DI** ..................................................................................................................................................................................................................................

Cognome e nome del/la defunto/a ……………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….… residente nel comune di ………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………… Via ………………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................… U.S.L . n.

Luogo di nascita: Comune ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…... Prov.

Data di nascita: Giorno Mese Anno Ora : ( specificare per i morti nelle prime 24 ore di vita)

Sesso: M F

1

2

Deceduto/a presso: Domicilio Ospedale o casa di cura Altro ……………………………………………………..

1

2

3

Indirizzo …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data di morte: Giorno Mese Anno Ora :

**Sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvelenamenti che ha condotto direttamente a morte**

In presenza di una o più sequenza scegliere la più rilevante

Cause iniziali.

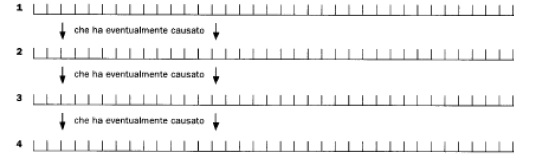
Scegliere la SOLA patologia o condizione

o lesione che ha dato

inizio alla sequenza

EVENTUALI

Condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato alla morte



**Altri stati morbosi rilevanti –** Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel punto 1, ma che hanno contribuito al decesso



IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO COMPILARE ANCHE I QUESITI 3 E 4 (anche con informazioni riferite)

**Circorstanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel punto 1** (es. cadute da scale a pioli, impiccamento, fucilata, ecc.)

C:\Users\utente\Desktop\Immagine3.jpg

**Modalità del traumatismo/avvelenamento**

Accidente (include incidenti da trasporto) 1 Suicidio 2 Omicidio 3 Infortunio sul lavoro 1 2

SI

NO

Data dell’accidente, infortunio, suicidio, omicidio Ora : Giorno Mese Anno

I dati relativi alla causa di morte sono rilevati da comunicazione del curante e/o dalla scheda ISTAT redatta dal Dr. ………………………………………………………………………………………….

Il sottoscritto medico necroscopo dichiara di aver visitato il cadavere di cui sopra alle ore ………………… del giorno ………………………………… presso……………………………………………………………………………………………………………… e di aver accertato la morte con/senza ausilio elettrocardiografo.

EVENTUALI RILIEVI E COMUNICAZIONI: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Periodo di osservazione: 24h 48h altro………………………………………………………………………..

(specificare)

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

Data

**REGISTRO MORTI**

Anno …………………………………………………

Parte…………………………………………………

Volume……………………………………………

Serie ……………………………………………….

Numero ………………………………………….

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

Il Medico Necroscopo

(timbro e firma)

**COMUNE DI ………………………………………………**

*Visto, li……………………………………………………….*

L’Ufficiale dello stato civile