REGIONE PIEMONTE

Allegato B

MODULO PER ACCERTAMENTO DI MORTE

( art. 10, comma 4)

Il sottoscritto ......................................................................................................................................................

nato il ......................................................... a .....................................................................................................

residente a ..................................................................................................................................…....................

in via................................................................................................................................................. n. .............

recapito telefonico ................................................, in qualità di:

Direttore Sanitario o delegato della struttura sanitaria di ricovero ........................................................…........

...................................................................................................................................................................….…

Direttore Sanitario o delegato della struttura socio-sanitaria ..................................................................….......

....................................................................................................................................................................……

Medico incaricato delle funzioni di necroscopo dall’A.S.L. ...................................................................….......

con ............................................................................……..... n. ........................ del ..........................................

(indicare il tipo di provvedimento)

CERTIFICA

di aver accertato la morte del Sig./Sig.ra ..................................................................................................….…..

nat... il ..................................................... a ...........................................................................................…..…....

residente a ............................................................................................................................……...............…....

in via ..........................................................................................................………....……..n. ………...............

che il cadavere è portatore di pace-maker;

E DISPONE

L’ADOZIONE DELLE SEGUENTI MISURE PRECAUZIONALI IGIENICO-SANITARIE:

..................................................................................................................................................……..................

........................................................................................................................................................……............

..............................................................................................................................................................……......

....................................................................................................................................................................……

LA RIDUZIONE DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE PER: .......................................................................

....................................... lì .......................................................... .................................................………..........

Il Medico

CERTIFICA ALTRESÌ

che non ha sospetto che la morte sia dovuta a reato.

............................……........... lì .......................................................... .......................................…....................

Il Medico

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

Note per la compilazione

1. Le precauzioni igienico sanitarie riguardano sia eventuali malattie infettive che eventuali contaminazioni

ambientali e contaminazioni da materiale radioattivo.

2. Indicare se l’eventuale riduzione del periodo di osservazione viene disposta per decapitazione,

maciullamento, avanzato stato di decomposizione o putrefazione o altre motivazioni specifiche ovvero se sia

stata effettuata rilevazione elettrocardiografica per 20 minuti.