

1.3 Modulo per accertamento di morte (Allegato 3)

ALLEGATO 3

MODULO PER ACCERTAMENTO DI MORTE

(Art. 40, comma 6 del Regolamento Regionale n. 6/2004)

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:
- li

Il Medico

CERTIFICA ALTRESÌ

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

..... li

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.