

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 vian.
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.