

CONSTATAZIONE DI DECESSO

Si constata l'avvenuto decesso del/della sig./sig.ra _____,
C.F. _____, residente a _____
in _____, riconosciuto/a come tale tramite
(crocettare l'opzione desiderata):

- documento di riconoscimento _____ n° _____
- testimonianza di un/una suo/sua parente, riconosciuto/a come tale tramite documento di riconoscimento _____ n° _____

Il decesso, valutabile clinicamente (vedi D.M. n. 582/1994), è avvenuto in (luogo di ritrovamento della salma)
_____.

Altre eventuali notizie (es.: lesioni traumatiche riscontrate, fenomeni tanatologici, tentativi di RCP):

_____.

Poiché si può stabilire, in termini di umana certezza, che si tratta di (sottolineare l'opzione desiderata) **morte naturale (non violenta)/non determinabile/dovuta a reato (violenta)**, si lascia il corpo a disposizione (crocettare l'opzione desiderata):

- del medico curante/necroscopo (per il relativo certificato di morte) e dei familiari (per le esequie) [naturale]
- del medico necroscopo (per il riscontro diagnostico) [non determinabile]
- dell'autorità giudiziaria (per le indagini del caso) e/o del medico necroscopo [dovuta a reato]

IN CASO DI SOSPETTA MORTE NATURALE, SE RITENUTO NECESSARIO (come da D.P.R. n. 285/1990, capo IV):

Il trasporto della salma, se effettuato nei modi previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente, può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica. Al fine di completare il periodo di osservazione la salma verrà trasportata, per espressa richiesta dei familiari/conviventi o per motivi di ordine pubblico, presso la seguente struttura: _____

(obitorio/deposito di osservazione delle salme/servizio mortuario di una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata/struttura per l'osservazione individuata dal Comune per l'accertamento di morte/altro).

IN CASO DI VOLONTÀ DI CREMAZIONE, SE ESCLUSO IL SOSPETTO DI MORTE DOVUTA A REATO (come da D.P.R. n. 285/1990, art. 79, comma 4):

Sulla base dei dati clinico-anamnestici e dell'eventuale ECG effettuato post-mortem è possibile affermare che il/la suddetto/a paziente (cancellare l'opzione indesiderata) **è/non è** portatore di pacemaker.

Luogo e data: _____.

Ora della constatazione: _____.

(timbro e firma del medico)
