

Si une case rouge est cochée le certificat de décès ne doit pas être rédigé et les forces de l'ordre ainsi que le SAMU doivent être alertés. L'examen du corps doit être réalisé méticuleusement, après avoir procédé au déshabillage de la victime.

Personne décédée Identité : <input type="checkbox"/> confirmée (CNI, passeport) <input type="checkbox"/> non confirmée Age de la victime : <input type="checkbox"/> personne adulte > 18 ans <input type="checkbox"/> mineur < 18 ans N° d'alerte SDIS :	SIGNES NEGATIFS DE VIE OBSERVES Arrêt cardiocirculatoire <input type="checkbox"/> Absence de pouls > 1 minute (fémoral + carotide) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Absence de bruit du cœur au stéthoscope : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Asystolie ↻ Enregistrement ECG (4 brins) : <input type="checkbox"/> réalisé <input type="checkbox"/> non réalisé Arrêt Ventilatoire <input type="checkbox"/> FR = 0 mouvement/min : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Absence de bruit respiratoire au stéthoscope : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Abolition de la conscience <input type="checkbox"/> Pas de réaction pupillaire à la lumière <input type="checkbox"/> Pas de fermeture des paupières au tapotement du front <input type="checkbox"/> Pas de mouvements oculaires opposés à la mobilisation de tête Observations / précisions : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SIGNES POSITIFS DE MORT OBSERVES <input type="checkbox"/> Déshydratation du corps (peau, muqueuses) <input type="checkbox"/> Excavation des yeux <input type="checkbox"/> Opacification de la cornée, apparition d'une tâche noire <input type="checkbox"/> Signes de putréfaction (odeur, aspect) <input type="checkbox"/> Tâche verte abdominale <input type="checkbox"/> Présence de larves <input type="checkbox"/> Décollement cutané et présence de phlyctènes <input type="checkbox"/> Rigidité cadavérique <input type="checkbox"/> Lividités cadavériques ↻ Lividités cohérentes avec position corps : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Observations / précisions : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lieu de survenue du décès <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> voie publique <input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> lieu public	Mécanisme du décès <input type="checkbox"/> fin de vie attendue (soins palliatifs) <input type="checkbox"/> fin de vie physiologique naturelle <input type="checkbox"/> mort violente, accidentelle <input type="checkbox"/> mort subite de l'adulte <input type="checkbox"/> présence d'un proche pendant le décès <input type="checkbox"/> personne retrouvée décédée	
Groupe date / heure de survenue du décès <input type="checkbox"/> connu ☞ H, le / / <input type="checkbox"/> inconnu		

Les actions notées en vert doivent être réalisées systématiquement.

Préservation des traces et indices (à réaliser systématiquement) Prise de photographies avec la tablette VSAV : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lieu de découverte du corps : Position du corps : Modification de la position du corps par les secours : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Modification de la tenue vestimentaire par les secours : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisions : Soins réalisés et dispositifs médicaux utilisés lors de la prise en charge :	EXAMEN COMPLEMENTAIRE DU CORPS Dispositifs médicaux dans le corps du défunt <input type="checkbox"/> Pacemaker ou D.A.I : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ↻ Information notée dans certif. décès : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Chambre implantable présente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présence de prothèses autres : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ↻ Préciser : Signes évocateurs de mort suspecte <input type="checkbox"/> Pétéchies au niveau des yeux : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ecchymoses sur le corps : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lésions cutanées suspectes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Position du corps anormale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Observations / précisions : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<table border="1"> <tr> <th>Maladie(s) affections morbides</th> <th>Causes du décès (ordre chronologique inversé : du plus récent au plus ancien)</th> </tr> <tr> <td> Partie I Due/consécutif à Due/consécutif à Due/consécutif à Due/consécutif à </td> <td> A. B. C. D. </td> </tr> <tr> <td> PARTIE II Autre affection morbide </td> <td></td> </tr> </table>	Maladie(s) affections morbides	Causes du décès (ordre chronologique inversé : du plus récent au plus ancien)	Partie I Due/consécutif à Due/consécutif à Due/consécutif à Due/consécutif à	A. B. C. D.	PARTIE II Autre affection morbide	
Maladie(s) affections morbides	Causes du décès (ordre chronologique inversé : du plus récent au plus ancien)							
Partie I Due/consécutif à Due/consécutif à Due/consécutif à Due/consécutif à	A. B. C. D.							
PARTIE II Autre affection morbide								

Ouverture des issues par les secours : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> trouvées ouvertes <input type="checkbox"/> traces d'effraction Précisions : Allumage de l'éclairage par les secours : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> trouvé allumé Précisions : Meubles déplacés par les secours : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> trouvés déplacés ou en désordre Précisions : Présence d'effets personnels et/ou de valeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisions : Anomalies constatées (présence de médicaments ouverts, signes de lutte, désordre, effraction, ouverture d'un tiroir, placard, présence d'armes, contexte évocateur, ...) : ↻	RENSEIGNEMENT DU CERTIFICAT DE DECES Volet administratif <input type="checkbox"/> Informations d'état civil renseignées <input type="checkbox"/> Informations funéraires renseignées <input type="checkbox"/> Obstacle médico-légal : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ↻ Si « OUI », le certificat ne doit pas être renseigné <input type="checkbox"/> Renseigner le lieu, la date, l'identité de l'ISP, numéros RPPS + ordre <input type="checkbox"/> Signature de l'ISP Volet médical <input type="checkbox"/> Informations relatives au défunt renseignées <input type="checkbox"/> Causes du décès renseignées (partie I et partie II) <input type="checkbox"/> Informations complémentaires renseignées <input type="checkbox"/> Renseigner l'identité de l'ISP, numéros RPPS + ordre <input type="checkbox"/> Signature de l'ISP Remplissage du certificat de décès achevé <input type="checkbox"/> Vérification de tous les champs, des signatures <input type="checkbox"/> Volet médical cacheté	ACTIONS COMPLEMENTAIRES Remise du certificat de décès aux proches du défunt <input type="checkbox"/> Certificat de décès remis en main propre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Personne destinataire (nom, prénom, lien de parentalité) : ↻ Installation du corps du défunt <input type="checkbox"/> Installation simple du corps sur un lit : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Toilette mortuaire et habillage réalisées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Remise en place d'appareils dentaires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Prise en charge des proches du défunt <input type="checkbox"/> Soutien, relation d'aide : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conseils d'usage donnés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Information du réseau des professionnels de santé Information médecin traitant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ↻ Si « non », motif : Information équipe soignante : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans objet ↻ Si « non », motif :
--	---	---