REGIONE TOSCANA **Allegato 1**

AZIENDA SANITARIA DI ..... ZONA .....

CERTIFICATO DI ACCERTAMENTO DI MORTE

COMUNE DI .....

Cognome e nome del/la defunto/a .....

residente nel comune di .....

Via ..... U.S.L. n. ☐☐☐

Luogo di nascita: Comune ..... Prov. ☐☐

Data di nascita: Giorno ☐☐ Mese ☐☐ Anno ☐☐☐☐ Ora ☐☐,☐☐ (Specificare per i morti nelle prime 24 ore di vita)

Sesso: M 1 F 2

Deceduto/a presso: Domicilio 1 Ospedale o Casa di Cura 2 Altro 3

Indirizzo .....

Data di morte: Giorno ☐☐ Mese ☐☐ Anno ☐☐☐☐ Ora ☐☐,☐☐

Sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvelenamenti che ha condotto direttamente a morte
In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante

Cause iniziali. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza

1 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

↓ che ha eventualmente causato ↓

2 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato alla morte

↓ che ha eventualmente causato ↓

3 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

↓ che ha eventualmente causato ↓

4 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Altri stati morbosi rilevati - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel punto 1, ma che hanno contribuito al decesso

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/ AVVELENAMENTO COMPILARE ANCHE I QUESITI 3 E 4 (anche con informazioni riferite)

Circostanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel punto 1 (es. cadute da scale a pioli, impiccamento, fucilata, ecc.)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Modalità del traumatismo/avvelenamento

Accidente (include incidenti da trasporto) 1 ☐ Suicidio 2 ☐ Omicidio 3 ☐ Infortunio sul lavoro 1 SI 2 NO

Data dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio Ora ☐☐,☐☐ Giorno ☐☐ Mese ☐☐ Anno ☐☐☐☐

i dati relativi alla causa di morte sono rilevati da comunicazione del curante e/o dalla scheda ISTAT redatta dal Dr. .....

Il sottoscritto medico necroscopo dichiara di aver visitato il cadavere di cui sopra alla ore ..... del giorno .....

presso ..... e di averne accertato la morte con/senza ausilio elettrocardiografo.

EVENTUALI RILIEVI E COMUNICAZIONI: .....

.....

Periodo di osservazione: 24h ☐ 48h ☐ ☐ altro ..... (specificare)

..... Data

..... Il Medico Necroscopo (timbro e firma)

REGISTRO MORTI

Anno .....

Parte .....

Volume.....

Serie.....

Numero.....

COMUNE DI .....

Visto, li .....
L'Ufficiale dello Stato Civile