



ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

SCRIVERE IN STAMPATELLO

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA



PROVA PRATICA N. 2

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA



PARTE A - A CURA DEL MEDICO

MASCHIO FEMMINA Età compiuta (IN ANNI) _____

Cognome e nome della persona defunta _____

1. Luogo del decesso

Ablazione 1 Comune 1
Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato) 2 Provincia 3
Hospice 3
Struttura residenziale o socio-assistenziale 4 Codice ASL di decesso 9
Altro (specificare) 9

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita

Nessuna gravidanza... 1 Morte in gravidanza... 2 Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza... 3 Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza... 4 Informazione sconosciuta... 5

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

Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza.
EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.
1 che ha eventualmente causato anni o mesi o giorni
2 che ha eventualmente causato anni o mesi o giorni
3 che ha eventualmente causato anni o mesi o giorni
4 che ha eventualmente causato anni o mesi o giorni

4. Parte II Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.

IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO COMPIRE ANCHE I QUESITI 5-9 (anche con informazioni riferite)

5. Circostanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I (es. caduta da scala a pioli, impiccamento, fucilata, ecc.)

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento

Accidentale (include incidenti da trasporto) 1 Suicidio 2 Omicidio 3

8. Data dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio

Orario _____ giorno _____ mese _____ anno _____

PARTE B - A CURA DEL

MASCHIO FEMMINA

Atto di morte

Numero _____
Parte 1 2
Serie 1 B 2 C

1. Data di morte

Ora _____

2. Data di nascita

3. Località di nascita

Stesso comune di morte
Altro Comune
(specificare comune e provincia)
Stato Estero

4. Età compiuta

Anni

5. Stato civile

Celibe/ubile
Contigato/a
Vedova
Divorziato/a o già contigato/a
Separato/a legalmente
Se coniugato o separato/a leg
Anno di nascita del coniuge
Anno di matrimonio.....

6. Residenza

Stesso Comune di morte
Altro Comune

(*) Per già coniugato/e si intende la persona degli effetti civili ai sensi della legge 1 del



PARTE A - A CURA DEL MEDICO

PARTE B - A CURA DEL

MASCHIO FEMMINA Cognome e nome della persona defunta _____ (IN ANNI)

MASCHIO FEMMINA

1. Luogo del decesso

Abitazione 1 Comune 1
Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato) 2 Provincia 3
Hospice 4
Struttura residenziale o socio-assistenziale 4 Codice ASL di decesso 9
Altro (specificare) _____

2. Riscontro diagnostico

E' stato richiesto? SI NO

Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.)

I-XIX			
XX			

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita

Nessuna gravidanza... 1 Morte in gravidanza... 2 Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza... 3 Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza... 4 Informazione sconosciuta... 5

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

Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte

Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza.

1 che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni
2 che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni
3 che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni
4 che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni

4. Parte II Altri stati morbose rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.

IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO COMPILARE ANCHE I QUESITI 5-9 (anche con informazioni riferite)

5. Circostanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I (es. caduta da scala a pioli, impiccamento, fucilata, ecc.)

6. Modalità del trauma/avvelenamento
Accidentale (include incidenti da trasporto)..... 1 Suicidio..... 2 Omicidio..... 3

6.1 Infortunio sul lavoro SI NO

8. Data dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio

Orario _____ giorno _____ mese _____ anno _____

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche

7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi") _____
7.2 Ruolo della vittima
Pedone 1 Guidatore..... 2
Passeggero..... 3 Persona intenta nel salire o nello scendere dal veicolo..... 4
7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scottato, ribaltamento, ecc.) _____
7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, etc.) _____
In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore etc.) _____

9. Luogo dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio

Casa 1
Istituzione collettiva 2
Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione 3
Luogo dedicato ad attività sportive 4
Strade e vie 5
Luogo di commercio e servizio 6
Area industriale e di costruzione 7
Azienda agricola 8
Altri luoghi (specificare) 9

Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello)

MMG o P.L.S. 1 Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL)
Neuroscopo..... 2
Medico ospedaliero..... 3
Medico legale 4
Altro medico 5

Data _____ Firma _____ Tel. _____

Timbro (timbrare anche la copia per le)

PROVA SCRITTA