

Cette case doit contenir : N° dossier, nom et prénom, date de naissance, N° RAMQ.

CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

ATTENTION pour toute situation nécessitant la collaboration de l'équipe clinique de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU), vous devez utiliser le formulaire CN00041 Constat de décès à distance Unité coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence.

EXAMEN PHYSIQUE

Date _____ Heure _____
aaaa/mm/jj hh:mm

Type de décès Décès prévisible et attendu Mort suspecte

Signes vitaux et neurologiques

- Aucune réponse à la stimulation
- Absence de pouls
- Absence de tension artérielle
- Absence de respiration
- Non-réactivité des pupilles

Rigidité

Mâchoire	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence
Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence
Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence

Signes de traumatisme(s)

Cocher et préciser ci-dessous :

- | | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Lacération(s) | Préciser _____ |
| <input type="checkbox"/> Abrasion(s) | Préciser _____ |
| <input type="checkbox"/> Plaie(s) | Préciser _____ |
| <input type="checkbox"/> Plaie pénétrante(s) | Préciser _____ |
| <input type="checkbox"/> Déformation(s) | Préciser _____ |
| <input type="checkbox"/> Œdème localisé | Préciser _____ |
| <input type="checkbox"/> Autres(s) | Préciser _____ |

Lividité

Absence Présence Site _____

Date _____ Heure _____ Signature de l'infirmière _____
aaaa/mm/jj hh:mm

Nom :

Prénom :

Dossier :

INFORMATIONS PRÉALABLES AU CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

L'infirmière prépare les informations suivantes afin de les transmettre au médecin :

- Lieu du décès : Adresse de l'établissement et son code d'installation
- L'identification complète de la personne décédée tel que demandé sur le Bulletin de décès SP-3
- Présence d'autorisation pour le don de tissus Non Oui
- Informations cliniques pertinentes relevées au dossier de l'utilisateur

CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

- Cause du décès établie par le médecin Oui Non* Nom du médecin _____
- Réception du bulletin de décès SP-3 complété par le médecin
- Cause probable de décès inscrite sur le bulletin de décès SP-3 _____

Date _____ Heure _____ Signature de l'infirmière _____
aaaa/mm/jj hh:mm

* Fin du protocole. Ne pas compléter les autres sections du formulaire. Préciser dans une note d'évolution.

COMMUNICATION À LA FAMILLE

- Transmet le nom du médecin ayant effectué le constat de décès ainsi que la cause probable du décès à la famille :

Nom et prénom _____ Lien avec l'utilisateur _____

Date _____ Heure _____ Signature de l'infirmière _____
aaaa/mm/jj hh:mm

MAISON FUNÉRAIRE

- Maison funéraire contactée

Date _____ Heure _____ Signature de l'infirmière _____
aaaa/mm/jj hh:mm

DISPOSITION DU CORPS PAR LA MAISON FUNÉRAIRE

- Copie du bulletin de décès SP-3 remise à la maison funéraire
- Carte d'assurance maladie remise à la maison funéraire
- Départ de la maison funéraire avec le défunt

Date _____ Heure _____ Signature de l'infirmière _____
aaaa/mm/jj hh:mm