

## CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE UNITÉ COORDINATION CLINIQUE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

1. IDENTIFICATION / INFORMATIONS MÉDICALES / ENTREPRISE FUNÉRAIRE		
<b>IDENTIFICATION</b>		
Nom de famille _____	Prénom _____	N° dossier _____
NAM _____	Date d'expiration _____	Année _____ Mois _____
Date de naissance _____	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	aaaa/mm/jj
<b>Adresse du domicile</b> N° civique _____	Rue _____	
Municipalité _____	Code postal _____	
Nom de famille de la mère _____	Prénom de la mère _____	
Nom de famille du père _____	Prénom du père _____	
État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire (jamais marié[e])	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement	
Nom de famille du conjoint(e) _____	Prénom du conjoint(e) _____	
Si marié(e), indiquer l'âge du conjoint (de la) conjoint(e) (si conjoint[e] vivant[e]) _____		
Lieu de naissance (province ou pays) <input type="checkbox"/> Québec	<input type="checkbox"/> Autre _____	
Langue d'usage à la maison <input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre _____
<b>INFORMATIONS MÉDICALES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents médicaux pertinents (MCAS, AVC (accident vasculaire cérébral), cancer, cardiostimulateur [pacemaker]) _____</li> <li>• S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours suivants l'accouchement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• La personne était-elle atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez _____</li> <li>• Signature de la carte pour autorisation de don d'organes et de tissus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• Si la carte d'autorisation de don d'organes et de tissus n'est pas signée, la famille accepte-t-elle un don? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Nom de la personne qui autorise le don _____</li> </ul>		
<b>ENTREPRISE FUNÉRAIRE</b>		
Nom de l'entreprise funéraire _____		
Localité _____	Téléphone _____	
<input type="checkbox"/> Note d'évolution	<input type="checkbox"/> PTI ajusté (Plan thérapeutique infirmier)	<input type="checkbox"/> Demande transmise à Info-Santé (24/7)
Signature de l'infirmière _____	Date _____	aaaa/mm/jj
Site _____	Téléphone _____	

Nom :

Prénom :

# Dossier :

## 2. IDENTIFICATION DU DÉFUNT / HISTOIRE DU DÉCÈS

### IDENTIFICATION DU DÉFUNT

Nom de famille du défunt \_\_\_\_\_ Prénom du défunt \_\_\_\_\_

Identification du défunt  Carte d'identité avec photographie ou  
 Déclarant Nom et prénom \_\_\_\_\_  
Relation avec le défunt \_\_\_\_\_

Personne à joindre par l'entreprise funéraire (atteignable dans l'immédiat) \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse de l'endroit où a eu lieu le décès; si différente de l'adresse inscrite à la section 1 :

N° civique \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Municipalité \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

### HISTOIRE DU DÉCÈS

Type de décès  Mort naturelle  Mort suspecte (violente, traumatique)

Date et heure précises de la dernière fois où la personne a été vue vivante \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

#### Examen physique du corps

- 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  Absence  Présence
  - Membres supérieurs  Absence  Présence
  - Membres inférieurs  Absence  Présence
- Signes de traumatisme(s)  Non  Oui, cocher et préciser ci-dessous
  - Lacération(s) Précisez \_\_\_\_\_
  - Abrasion(s) Précisez \_\_\_\_\_
  - Plaie(s) Précisez \_\_\_\_\_
  - Plaie pénétrante(s) Précisez \_\_\_\_\_
  - Déformation(s) Précisez \_\_\_\_\_
  - Œdème localisé Précisez \_\_\_\_\_
  - Autre(s) Précisez \_\_\_\_\_
- Lividité  Absence  Présence, site \_\_\_\_\_

### 3. TRANSFERT D'INFORMATION

**Appel à l'UCCSPU\***(418 835-7288 OU 1 866 850-7288) Nom de l'infirmière de l'UCCSPU \_\_\_\_\_

- Constat de décès à distance  Acceptation  Refus  
Nom du médecin \_\_\_\_\_

- Cause probable de décès inscrits sur le bulletin de décès SP-3 \_\_\_\_\_

Divulgation (médecin et cause) à la famille  Note d'évolution

Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

Site \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

\*UCCSPU Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence