

NOTE MÉDICALE CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

Appel constat de décès à distance	
Date _____ aaaa/mm/jj	Heure _____ hh:mm
Réanimation cardiorespiratoire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Soins à domicile	
Confirmation du décès	
Évaluation infirmière	Date _____ aaaa/mm/jj
	Heure _____ hh:mm
L'évaluation infirmière permet-elle de confirmer le décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cause du décès	
Antécédents _____ _____ _____	
Histoire de la maladie _____ _____ _____	
Éléments suspects à l'évaluation du corps : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → CORONER	CORONER
Accident/incident possiblement lié au décès : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → CORONER	Cas discuté avec coroner _____
	Le _____ à _____ aaaa/mm/jj hh:mm
	Cas retenu <input type="checkbox"/> Oui → Numéro de cas _____ <input type="checkbox"/> Non
Cause probable du décès :	
Numéro du formulaire du bulletin de décès informatisé complété dans le Système d'information des événements démographique (SIED) : _____	
Impression du bulletin de décès afin de l'archiver au dossier de l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom du médecin _____ Signature _____ N° permis _____ Date _____ aaaa/mm/jj	