



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

1. Luogo del decesso

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

6.1 Infortunio sul lavoro

1 SI 2 NO

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
(specifica)

5. Stato civile

Celibe/ubile
Contigato/a
Vedovola
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





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 B - A CURA DEL

Età compiuta

PARTE A - A CURA DEL MEDICO

MASCHIO

FEMMINA Cognome e nome della persona defunta

1. Luogo del decesso

Aviazione 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) 9

2. Risccontro diagnostico
E' stato richiesto? 1 SI 2 NO

Table with 2 columns: Cause 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

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 traumaismo/avvelenamento

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

6.1 Infortunio sul lavoro 1 SI 2 NO

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.)

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 Tel.

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

Orario giorno mese anno

9. Luogo dell'incidente, 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

MASCHIO FEMMINA

Atto di morte
Numero
Parte 1 I 2 II
Serie 1 B 2 C

1. Data di morte
Ora 1

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/NUBILE.....
CONIUGATO.....
VEDOVA.....
DIVORZIATO/a o già coniugato/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
(specificare comune e provinci)
Stato Estero

7. Grado di istruzione
Laura
Diploma universitario o laurea
Diploma di scuola media supe
Licenza di scuola media inf/inf
Licenza elementare o nessun

Timbro

(timbrare anche la copia per le

PROVA SCRITTA