



ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

SCRIVERE IN STAMPATELLO



ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO

**PARTE A - A CURA DEL MEDICO**

MASCHIO  FEMMINA  **Età compiuta** \_\_\_\_\_ (IN ANNI)

Cognome e nome della persona defunta \_\_\_\_\_

**1. Luogo del decesso**

Abitazione .....1 Comune \_\_\_\_\_

Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2 \_\_\_\_\_

Hospice.....3 Provincia \_\_\_\_\_

Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_ 9 Codice ASL di decesso \_\_\_\_\_

**2. Riscontro diagnostico**

E' stato richiesto? 1  SI 2  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

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

1 \_\_\_\_\_ anni o mesi o giorni

↓ che ha eventualmente causato ↓

2 \_\_\_\_\_ anni o mesi o giorni

↓ che ha eventualmente causato ↓

3 \_\_\_\_\_ anni o mesi o giorni

↓ che ha eventualmente causato ↓

4 \_\_\_\_\_ anni o mesi o giorni

EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.

**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.

\_\_\_\_\_ anni o mesi o giorni

\_\_\_\_\_ anni o mesi o giorni

\_\_\_\_\_ anni o mesi o giorni

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 traumatismo/avvelenamento**

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

6.1 Infortunio sul lavoro 1  2

**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, scontro, 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 PLS.....1  Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL)

Necroscopo.....2

Medico ospedaliero.....3

Medico legale ..... 4

Altro medico .....5  Tel. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_