

Lieu de la catastrophe : _____	N° PM : _____
Nature de la catastrophe : _____	
Date de la catastrophe : <i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> <i>Homme</i> ☐ <i>Femme</i> ☐ <i>Autre</i> ☐ <i>Inconnu</i> ☐	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

DONNÉES ADMINISTRATIVES (liste des opérations à la morgue)				Date	a	b	c
155	Photographie(s) prise(s)	Non 1 ☐	Oui (préciser) : 2 ☐ _____				
160	Effets personnels recueillis	Non 1 ☐	Oui (préciser) : 2 ☐ _____				
165	Relevé empreintes sur	Non 1 ☐	Impossible 2 ☐	Oui, par : 3 ☐ _____			
	01 Doigt(s)	Non 1 ☐	Impossible 2 ☐	Oui, par : 3 ☐ _____			
	02 Paume(s)	Non 1 ☐	Impossible 2 ☐	Oui, par : 3 ☐ _____			
	03 Pied(s)	Non 1 ☐	Impossible 2 ☐	Oui, par : 3 ☐ _____			
170	Examen	Non 1 ☐	Oui 2 ☐	Images (préciser) : 3 ☐ _____			
	01 Examen externe	Non 1 ☐	Oui 2 ☐	Images (préciser) : 3 ☐ _____			
	02 Autopsie partielle	Non 1 ☐	Oui 2 ☐	Images (préciser) : 3 ☐ _____			
	03 Autopsie complète	Non 1 ☐	Oui - Voir rapport séparé 2 ☐				
	04 Légiste (nom)						
	Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel						
175	Examen dentaire	Non 1 ☐	Oui 2 ☐	Images (préciser dans le champ 615) 3 ☐			
	01 Effectué	Non 1 ☐	Oui 2 ☐	Images (préciser dans le champ 615) 3 ☐			
	02 Odontologue (nom)						
	Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel						
180	Prélèvements effectués	Non 1 ☐	Oui 2 ☐	ADN 3 ☐	Tox. (si besoin) 4 ☐		
	01 Par le médecin légiste Voir 545	Non 1 ☐	Oui 2 ☐	ADN 3 ☐			
	02 Par l'odontologue Voir 610	Non 1 ☐	Oui 2 ☐	ADN 3 ☐			
185	Numéros de référence	AFIS _____ Police ADN _____ Local Personne disparue _____ Autre					
LISTE DES DONNÉES		Joint complet	Non disponible	Observations			
Données administratives (champs 1xx)							
Effets personnels (champs 3xx)							
Description du corps (champs 4xx)							
Données médicales (champs 5xx)							
Odontologie (champs 6xx)							
Renseignements complémentaires (champs 7xx)							
Annexe (champs 8xx) (facultatif)							

Lieu de la catastrophe :

N° PM :

Nature de la catastrophe :

Jour

Mois

Année

Homme

Femme

Autre

Inconnu

Date de la catastrophe :

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

EFFETS PERSONNELS (portés par la personne ou transportés dans un bagage)						a	b	c				
300	Vêtements Tête et cou 101 Coiffure / Chapeau 102 Écharpe 103 Cravate 199 Autre Haut du corps et bras 201 Gants 202 Pardessus 203 Manteau/veste 204 Gilet 205 Gilet sans manches 206 Bretelles 207 Pull-over 208 Chemisier 209 Chemise 210 Tee-shirt 211 Maillot de corps 212 Soutien-gorge 299 Autre Bas du corps et jambes 301 Ceinture 302 Pantalon 303 Short 304 Jupe 305 Collants 306 Chaussettes 307 Bas 308 Slip/culotte 399 Autre Corps entier 401 Combinaison 402 Robe 403 Tenue religieuse/ culturelle/ traditionnelle 404 Uniforme 405 Maillot de bain 499 Autre Si la réponse est «x99 Autre», merci de renseigner la colonne 1 «Type/style».	N° : 1	Type / Style	2 Couleur dominante	3 Marque	4 Matière	5 Taille					
		305	Chaussures 01 Bottes 02 Chaussures ouvertes 03 Chaussures 99 Autre Décrire le type de chaussures dans la colonne 1 «Type / Style», p. ex. chaussures de sport, sandales, etc.	N° : 1	Type / Style	2 Couleur dominante	3 Marque	4 Matière	5 Taille			

Only use these colours: Black, Blue, Brown, Green, Grey, Orange, Pink, Purple, Red, White, Yellow, Unknown, Silver, Gold or Multi-coloured.

Renseignements
recueillis par

Titre / grade :

Nom :

Adresse :

Tél. / Courriel :

Signature / date

Lieu de la catastrophe : _____	N° PM : _____
Nature de la catastrophe : _____	
Date de la catastrophe : Jour Mois Année Homme ☐ Femme ☐ Autre ☐ Inconnu ☐	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

EFFETS PERSONNELS (portés par la personne ou transportés dans un bagage)						a	b	c
310	Montre	N° : 1	2	3	4	5		
	01 À affichage numérique	Marque	Modèle	Couleur dominante	Matière	Inscription		
	02 À affichage analogique							
	03 Montre connectée							
	04 Autre type de montre	Portée à :						
	05 Montre-bracelet portée à	Gauche 1 ☐	Droite 2 ☐	À l'extérieur 3 ☐	À l'intérieur 4 ☐			
06 Bracelet / Chaîne de montre	Cuir 1 ☐	Métal 2 ☐	Caoutchouc 3 ☐	Autre (préciser) : 4 ☐				
315	Lunettes	1	2	3	4	5		
	01 Monture	Marque	Modèle	Couleur dominante	Matière	Inscription		
	02 Verres	À teinte variable 1 ☐ Teintés 2 ☐ Non 3 ☐ Oui (préciser) : _____						
	03 Forme des verres	Ronds 1 ☐	Ovales 2 ☐	Carrés 3 ☐	Mi-cerclés 4 ☐	Non cerclés 5 ☐	Cerclés 6 ☐	
	04 Matériau / Type de verres	Verre 1 ☐	Polycarbonate 2 ☐	Double foyer 3 ☐	Progressifs 4 ☐			
320	Lentilles de contact	Non 1 ☐ Oui (si colorées, préciser) : 2 ☐ _____						
325	Prothèse(s) auditive(s)	Non 1 ☐ Oui (préciser) : 2 ☐ _____ N° de série : _____						
	01 Gauche							
325	02 Droite	Non 1 ☐ Oui (préciser) : 2 ☐ _____ N° de série : _____						
	330	Prothèse(s) externe(s)	Non 1 ☐ Oui (préciser) : 2 ☐ _____ N° de série : _____					
335	Bijou(x)	N° : 1	2	3	4	5		
	01 Bracelet(s) de cheville	Type / Style	Couleur dominante	Matière	Inscription	Porté(es) à		
	02 Bracelet(s)							
	03 Boucle(s) d'oreille (clips)							
	04 Boucle(s) d'oreille (oreilles percées)							
	05 Chaînette(s) de cou							
	06 Collier(s)							
	07 Pendentif(s)							
	08 Alliance							
	09 Autre(s) bague(s)							
	10 Autre(s) bague(s) au doigt							
	99 Autre							
Si la réponse est «99 Autre» merci de renseigner la colonne 1 «Type / Style».								

Only use these colours: Black, Blue, Brown, Green, Grey, Orange, Pink, Purple, Red, White, Yellow, Unknown, Silver, Gold or Multi-coloured.

Renseignements recueillis par Titre / grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Tél. / Courriel : _____	Signature / date : _____
--	--------------------------

Lieu de la catastrophe : _____	N° PM : _____
Nature de la catastrophe : _____	
Date de la catastrophe : <i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> <i>Homme</i> ☐ <i>Femme</i> ☐ <i>Autre</i> ☐ <i>Inconnu</i> ☐	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

EFFETS PERSONNELS (portés par la personne ou transportés dans un bagage)							a	b	c				
340 Pièce(s) d'identité : 01 Carte(s) bancaire(s) 02 Permis de conduire 03 Carte d'identité 04 Passeport 99 Autre Si la réponse est «99 Autre», merci de renseigner la colonne 3 «Détails».	N° : 1	Nationalité	2	Numéro	3	Détails	4	Biométrie	5	Puce			
345 Effets personnels 01 Badge(s) / Clé(s) 02 Sac banane 03 Espèces 04 Agenda 05 Porte-monnaie 06 Ticket(s) 07 Portefeuille 99 Autre Si la réponse est «99 Autre», merci de renseigner la colonne 2 «Modèle».	N° : 1	Marque	2	Modèle	3	Couleur dominante	4	Matière	5	N° de série	6	Inscriptions	
350 Appareil(s) électronique(s) 01 Appareil photo 02 Téléphone portable 03 Lecteur de musique 04 Carte SIM 05 Tablette / Terminal mobile 06 Appareil vidéo 07 Support de stockage 99 Autre Si la réponse est «99 Autre», merci de renseigner la colonne 2 «Modèle».	N° : 1	Marque	2	Modèle	3	Couleur dominante	4	Matière	5	N° de série	6	Inscriptions	

Only use these colours: Black, Blue, Brown, Green, Grey, Orange, Pink, Purple, Red, White, Yellow, Unknown, Silver, Gold or Multi-coloured.

Renseignements recueillis par	Titre / grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Tél. / Courriel : _____	Signature / date : _____
--	--	--------------------------

Lieu de la catastrophe :

N° PM :

Nature de la catastrophe :

Jour

Mois

Année

Homme

Femme

Autre

Inconnu

Date de la catastrophe :

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

DESCRIPTION (signalement)		a	b	c
402	État du corps	Complet 1 ☐	Incomplet 2 ☐	Partie de corps 3 ☐
404	Signes particuliers	N° : 1	Cicatrices	2 Piercings
	Tête et cou	3 Tatouages	4 Marques cutanées	5 Malformations
	01 Tête	6 Amputations		
	02 Cou			
	Torse			
	11 Torse : face antérieure			
	12 Torse : face postérieure			
	13 Parties génitales			
	14 Fesses			
	Membres gauches			
	21 Bras gauche			
	22 Avant-bras gauche			
	23 Main gauche			
	24 Cuisse gauche			
	25 Genou gauche			
	26 Jambe gauche			
	27 Pied gauche			
	Membres droits			
	31 Bras droit			
	32 Avant-bras droit			
	33 Main droite			
	34 Cuisse droite			
	35 Genou droit			
	36 Jambe droite			
	37 Pied droit			
408	Taille	Min. _____ cm	Max. _____ cm	Min. _____ pieds _____ pces / Max. _____ pieds _____ pces
412	Poids	Min. _____ kg	Max. _____ kg	Min. _____ livres / Max. _____ livres
416	Corpulence	Mince 1 ☐	Moyenne 2 ☐	Forte 3 ☐
420	Cheveux	Naturels 1 ☐	Extensions 2 ☐	Postiche 3 ☐
	01 Type	Perruque 4 ☐	Implants 5 ☐	
	02 Longueur	Courts <6 cm / 2,4 pouces 1 ☐	Mi-longs <12 cm / 4,7 pouces 2 ☐	Longs >12 cm / 4,7 pouces 3 ☐
	Rasés 4 ☐			
	03 Teinture (couleur)	Non / inconnue 1 ☐	Mèches 2 ☐	
		Blond 3 ☐	Châtain 4 ☐	Noir 5 ☐
		Gris 7 ☐	Blanc 8 ☐	Poivre et sel 9 ☐
				Autre (préciser) : _____
	04 Couleur naturelle	Blond 1 ☐	Châtain 2 ☐	Noir 3 ☐
		Gris 5 ☐	Blanc 6 ☐	Poivre et sel 7 ☐
				Autre (préciser) : _____
	05 Calvitie	Partielle 1 ☐	Totale 2 ☐	Frontale 3 ☐
				Latérale 4 ☐
				Tonsure 5 ☐
	06 Particularité(s)	Décrire (et détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : _____		
Renseignements recueillis par		Titre / grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Tél. / Courriel : _____		
		Signature / date _____		

Lieu de la catastrophe :

N° PM :

Nature de la catastrophe :

Jour

Mois

Année

Homme

Femme

Autre

Inconnu

Date de la catastrophe :

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

DESCRIPTION (signalement + empreintes digitales)		a	b	c																		
424	Sourcils 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :</i> 2 ☐																				
428	Yeux 01 Couleur (gauche et droit) 02 Particularité(s)	<table border="0"> <tr> <td><i>Bleu</i> 1 ☐ ☐ G D</td> <td><i>Gris</i> 2 ☐ ☐ G D</td> <td><i>Vert</i> 3 ☐ ☐ G D</td> <td><i>Marron clair</i> 4 ☐ ☐ G D</td> </tr> <tr> <td><i>Noir</i> 5 ☐ ☐ G D</td> <td><i>Noisette</i> 6 ☐ ☐ G D</td> <td><i>Marron foncé</i> 7 ☐ ☐ G D</td> <td><i>Rose</i> 8 ☐ ☐ G D</td> </tr> <tr> <td><i>Strab. conv.</i> 1 ☐ ☐ G D</td> <td><i>Strab. div.</i> 2 ☐ ☐ G D</td> <td><i>Œil artificiel</i> 3 ☐ ☐ G D</td> <td><i>Autre (préciser) :</i> 4 ☐ _____</td> </tr> </table>			<i>Bleu</i> 1 ☐ ☐ G D	<i>Gris</i> 2 ☐ ☐ G D	<i>Vert</i> 3 ☐ ☐ G D	<i>Marron clair</i> 4 ☐ ☐ G D	<i>Noir</i> 5 ☐ ☐ G D	<i>Noisette</i> 6 ☐ ☐ G D	<i>Marron foncé</i> 7 ☐ ☐ G D	<i>Rose</i> 8 ☐ ☐ G D	<i>Strab. conv.</i> 1 ☐ ☐ G D	<i>Strab. div.</i> 2 ☐ ☐ G D	<i>Œil artificiel</i> 3 ☐ ☐ G D	<i>Autre (préciser) :</i> 4 ☐ _____						
<i>Bleu</i> 1 ☐ ☐ G D	<i>Gris</i> 2 ☐ ☐ G D	<i>Vert</i> 3 ☐ ☐ G D	<i>Marron clair</i> 4 ☐ ☐ G D																			
<i>Noir</i> 5 ☐ ☐ G D	<i>Noisette</i> 6 ☐ ☐ G D	<i>Marron foncé</i> 7 ☐ ☐ G D	<i>Rose</i> 8 ☐ ☐ G D																			
<i>Strab. conv.</i> 1 ☐ ☐ G D	<i>Strab. div.</i> 2 ☐ ☐ G D	<i>Œil artificiel</i> 3 ☐ ☐ G D	<i>Autre (préciser) :</i> 4 ☐ _____																			
432	Nez 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :</i> 2 ☐																				
436	Pilosité faciale 01 Type 02 Couleur	<table border="0"> <tr> <td><i>Glabre</i> 1 ☐</td> <td><i>Moustache</i> 2 ☐</td> <td><i>Bouc</i> 3 ☐</td> <td><i>Favoris</i> 4 ☐</td> <td><i>Barbe</i> 5 ☐</td> <td><i>Autre (préciser en page 700)</i> 6 ☐</td> </tr> <tr> <td><i>Blond</i> 1 ☐</td> <td><i>Châtain</i> 2 ☐</td> <td><i>Noir</i> 3 ☐</td> <td><i>Roux</i> 4 ☐</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><i>Gris</i> 5 ☐</td> <td><i>Blanc</i> 6 ☐</td> <td><i>Poivre et sel</i> 7 ☐</td> <td><i>Autre (préciser) :</i> 8 ☐ _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			<i>Glabre</i> 1 ☐	<i>Moustache</i> 2 ☐	<i>Bouc</i> 3 ☐	<i>Favoris</i> 4 ☐	<i>Barbe</i> 5 ☐	<i>Autre (préciser en page 700)</i> 6 ☐	<i>Blond</i> 1 ☐	<i>Châtain</i> 2 ☐	<i>Noir</i> 3 ☐	<i>Roux</i> 4 ☐			<i>Gris</i> 5 ☐	<i>Blanc</i> 6 ☐	<i>Poivre et sel</i> 7 ☐	<i>Autre (préciser) :</i> 8 ☐ _____		
<i>Glabre</i> 1 ☐	<i>Moustache</i> 2 ☐	<i>Bouc</i> 3 ☐	<i>Favoris</i> 4 ☐	<i>Barbe</i> 5 ☐	<i>Autre (préciser en page 700)</i> 6 ☐																	
<i>Blond</i> 1 ☐	<i>Châtain</i> 2 ☐	<i>Noir</i> 3 ☐	<i>Roux</i> 4 ☐																			
<i>Gris</i> 5 ☐	<i>Blanc</i> 6 ☐	<i>Poivre et sel</i> 7 ☐	<i>Autre (préciser) :</i> 8 ☐ _____																			
440	Oreilles 01 Lobes / percées 02 Particularité(s)	<i>Attachés</i> 1 ☐ <i>Non</i> 2 ☐ <i>Oui</i> 3 ☐ <i>Percées - préciser le nombre de trous</i> Gauche Droite 4 ☐																				
444	Bouche / dents 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :</i> 2 ☐																				
448	Lèvres 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :</i> 2 ☐																				
452	Menton 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :</i> 2 ☐																				
456	Cou 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :</i> 2 ☐																				
460	Mains / Ongles 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :</i> 2 ☐																				
464	Pieds / Ongles 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :</i> 2 ☐																				
468	Pilosité corps / Pubis 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :</i> 2 ☐																				
472	Circoncision 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui</i> 2 ☐																				
476	Ascendance	<table border="0"> <tr> <td><i>Européenne</i> 1 ☐ <i>Blanc</i></td> <td><i>Africaine</i> 2 ☐ <i>Noir</i></td> <td><i>Asiatique</i> 3 ☐</td> <td><i>Autre (préciser) :</i> 4 ☐ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><i>Mixte (préciser) :</i> 5 ☐ _____</td> </tr> </table>			<i>Européenne</i> 1 ☐ <i>Blanc</i>	<i>Africaine</i> 2 ☐ <i>Noir</i>	<i>Asiatique</i> 3 ☐	<i>Autre (préciser) :</i> 4 ☐ _____	<i>Mixte (préciser) :</i> 5 ☐ _____													
<i>Européenne</i> 1 ☐ <i>Blanc</i>	<i>Africaine</i> 2 ☐ <i>Noir</i>	<i>Asiatique</i> 3 ☐	<i>Autre (préciser) :</i> 4 ☐ _____																			
<i>Mixte (préciser) :</i> 5 ☐ _____																						

Renseignements Titre / grade :
recueillis par Nom :
Adresse :
Tél. / Courriel :

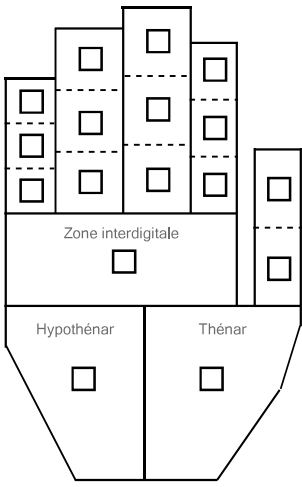
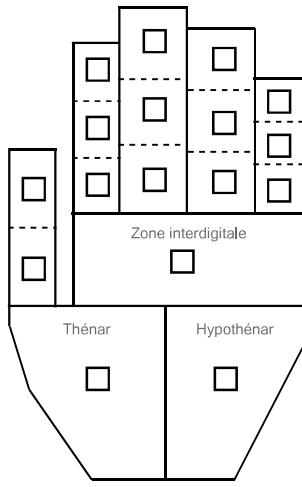
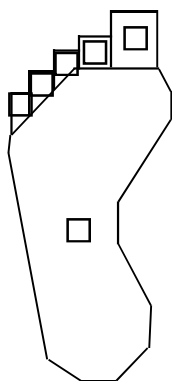
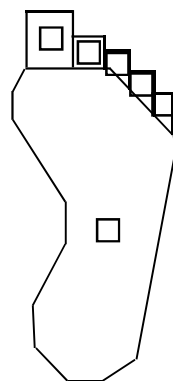
Signature / date

Lieu de la catastrophe : _____	N° PM : _____
Nature de la catastrophe : _____	
Date de la catastrophe : Jour Mois Année	Homme ☐ Femme ☐ Autre ☐ Inconnu ☐

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

DESCRIPTION DU CORPS (informations sur les empreintes digitales)		a	b	c
484	Empreintes prises à partir de <i>Épiderme</i> 1 ☐ <i>Derme</i> 2 ☐			
488	Procédé utilisé pour prendre les empreintes <i>Nettoyage et impression</i> 1 ☐ <i>Gant épidermique</i> 3 ☐ <i>Autre (préciser) :</i> 5 ☐ _____ <i>Technique de l'eau bouillante</i> 2 ☐ <i>Agent de moulage à base de silicone</i> 4 ☐			
492	Empreintes relevées à l'aide de <i>Poudre noire et support adhésif</i> 1 ☐ <i>Lecteur d'empreintes digitales</i> 3 ☐ <i>Autre (préciser) :</i> 5 ☐ _____ <i>Encre</i> 2 ☐ <i>Photo</i> 4 ☐			
496	Provenance des empreintes  GAUCHE  DROITE   ASSOMBRIR LES PARTIES CORRESPONDANT AUX EMPREINTES PRISES			

Renseignements recueillis par Titre / grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Tél. / Courriel : _____	Signature / date : _____
--	--------------------------

Lieu de la catastrophe :

N° PM :

Nature de la catastrophe :

Jour

Mois

Année

Homme

Femme

Autre

Inconnu

Date de la catastrophe :

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

DONNÉES MÉDICALES			a	b	c
510	Examen interne	N° : 1	Préciser		
	Tête				
	01 Cerveau				
	02 Cou				
	03 Crâne				
	04 Autre				
	Poitrine				
	10 Cœur / Vaisseaux				
	11 Poumons				
	12 Thorax / Côtes / Sternum				
	13 Autre				
	Abdomen				
	20 Appendice				
	21 Intestins				
	22 Estomac				
	23 Autre				
	Autres organes internes				
	30 Surrénales / Pancréas / Rate				
	31 Parties génitales				
	32 Reins / Uretères / Vessie				
	33 Foie / Vésicule biliaire				
	Squelette / Tissus mous				
	40 Membre inf. gauche				
	41 Membre sup. gauche				
	42 Bassin				
	43 Membre inf. droit				
	44 Membre sup. droit				
	45 Autres os				
46 Tissus mous, autres emplacements					
47 Colonne vertébrale					
Divers					
50 Pathologie visible (maladie cardiaque, cancer, etc.)					
51 Fracture(s) guérie(s)					
52 Opération(s)					
Pour les femmes					
60 Accouchement(s)					
61 Hystérectomie					
62 Dispositif intra-utérin					
63 Grossesse					
515	Implant(s)	N° : 1	Préciser		
	01 Implant(s) mammaire(s)				
	02 Stimulateur cardiaque				
	03 Pompe à insuline				
	04 Autre(s) implant(s)				

Renseignements
recueillis par

Titre / grade :

Nom :

Adresse :

Tél. / Courriel :

Signature / date

Lieu de la catastrophe : _____	N° PM : _____
Nature de la catastrophe : _____	
Date de la catastrophe : <i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> <i>Homme</i> ☐ <i>Femme</i> ☐ <i>Autre</i> ☐ <i>Inconnu</i> ☐	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

DONNÉES MÉDICALES				a	b	c
520	Prothèse(s) interne(s)	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui (préciser) :</i> 2 ☐ _____ <i>N° de série :</i> _____				
525	Autres appareils artificiels	<i>Non</i> 1 ☐ <i>Oui (préciser) :</i> 2 ☐ _____				
535	Sexe	<i>Homme</i> 1 ☐ <i>Femme</i> 2 ☐ <i>Indéterminé</i> 3 ☐ <i>Motif :</i> _____				
540	Évaluation de l'âge 01 Âge (en mois ou années) 02 Méthode utilisée	<i>Min.</i> _____ <i>Max.</i> _____ _____ année / _____ année _____ mois / _____ mois <i>Préciser :</i> _____				
545	Prélèvements d'ADN N° d'échantillon _____	<i>Os</i> 1 ☐ <i>Dent</i> 2 ☐ <i>Muscle</i> 3 ☐ <i>Sang</i> 4 ☐ <i>Autre (préciser) :</i> 5 ☐ _____ <i>Prélèvement de :</i> <i>Cellules buc.</i> 6 ☐ <i>Sang</i> 7 ☐ <i>Tissu</i> 8 ☐ <i>État</i> <i>Frais</i> 1 ☐ <i>Légèrement</i> 2 ☐ décomp. <i>Modérément</i> 3 ☐ décomp. <i>Très</i> 4 ☐ décomp. <i>Squelettique</i> 5 ☐ <i>Brûlé</i> 6 ☐				
	N° d'échantillon _____	<i>Os</i> 1 ☐ <i>Dent</i> 2 ☐ <i>Muscle</i> 3 ☐ <i>Sang</i> 4 ☐ <i>Autre (préciser) :</i> 5 ☐ _____ <i>Prélèvement de :</i> <i>Cellules buc.</i> 6 ☐ <i>Sang</i> 7 ☐ <i>Tissu</i> 8 ☐ <i>État</i> <i>Frais</i> 1 ☐ <i>Légèrement</i> 2 ☐ décomp. <i>Modérément</i> 3 ☐ décomp. <i>Très</i> 4 ☐ décomp. <i>Squelettique</i> 5 ☐ <i>Brûlé</i> 6 ☐				
	N° d'échantillon _____	<i>Os</i> 1 ☐ <i>Dent</i> 2 ☐ <i>Muscle</i> 3 ☐ <i>Sang</i> 4 ☐ <i>Autre (préciser) :</i> 5 ☐ _____ <i>Prélèvement de :</i> <i>Cellules buc.</i> 6 ☐ <i>Sang</i> 7 ☐ <i>Tissu</i> 8 ☐ <i>État</i> <i>Frais</i> 1 ☐ <i>Légèrement</i> 2 ☐ décomp. <i>Modérément</i> 3 ☐ décomp. <i>Très</i> 4 ☐ décomp. <i>Squelettique</i> 5 ☐ <i>Brûlé</i> 6 ☐				
	N° d'échantillon _____	<i>Os</i> 1 ☐ <i>Dent</i> 2 ☐ <i>Muscle</i> 3 ☐ <i>Sang</i> 4 ☐ <i>Autre (préciser) :</i> 5 ☐ _____ <i>Prélèvement de :</i> <i>Cellules buc.</i> 6 ☐ <i>Sang</i> 7 ☐ <i>Tissu</i> 8 ☐ <i>État</i> <i>Frais</i> 1 ☐ <i>Légèrement</i> 2 ☐ décomp. <i>Modérément</i> 3 ☐ décomp. <i>Très</i> 4 ☐ décomp. <i>Squelettique</i> 5 ☐ <i>Brûlé</i> 6 ☐				
550	Éléments d'identification complémentaires					
Renseignements recueillis par Titre / grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Tél. / Courriel : _____ <i>Signature / date</i> 						

Lieu de la catastrophe : _____	N° PM : _____
Nature de la catastrophe : _____	
Date de la catastrophe : <i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> <i>Homme</i> ☐ <i>Femme</i> ☐ <i>Autre</i> ☐ <i>Inconnu</i> ☐	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

ODONTOLOGIE						a	b	c
610	Éléments disponibles pour l'examen	<i>Vérifier</i>	<i>Échantillon prélevé</i>					
	01 Mâch, avec dents	☐ <i>Supérieure</i> ☐ <i>Inférieure</i>						
	02 Mâch, sans dent	☐ <i>Supérieure</i> ☐ <i>Inférieure</i>						
	03 Dent(s) isolée(s)	<i>Code(s) FDI :</i>						
	04 Fragment(s)							
	05 Autre							
615	Images dentaires disponibles	1 <i>Numériques</i>	2 <i>Nombre</i>	3 <i>Non num.</i>	4 <i>Nombre</i>			
	01 Périapicales	☐		☐				
	02 Interproximales (bite wing)	☐		☐				
	03 Orthopantomographiques	☐		☐				
	04 Tomodensitométriques (scanner, CBCT)	☐		☐				
	05 Autre(s) radiographie(s)	☐		☐				
	06 Photographies	☐		☐				
625	Informations complémentaires							
	01 État des mâchoires							
	02 Autres informations							

Renseignements recueillis par	Titre / grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Tél. / Courriel : _____	Signature / date
--------------------------------------	--	-------------------------

Lieu de la catastrophe : _____	N° PM : _____
Nature de la catastrophe : _____	
<i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i>	<i>Homme</i> <i>Femme</i> <i>Autre</i> <i>Inconnu</i>
Date de la catastrophe :	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

ODONTOLOGIE														a	b	c	
630 Observations dentaires (pour la dentition primaire, modifier le code FDI correspondant)																	
11															21		
12															22		
13															23		
14															24		
15															25		
16															26		
17															27		
18															28		
DROITE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	GAUCHE
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
48															38		
47															37		
46															36		
45															35		
44															34		
43															33		
42															32		
41															31		
635	Particularités		1 ☐ Couronne(s) 2 ☐ Bridge(s) 3 ☐ Implant(s) 4 ☐ Prothèse(s) 5 ☐ Autre 6 ☐ Traitements radiculaires												a	b	c
640	Autres observations		1 ☐ Occlusion 2 ☐ Attrition 3 ☐ État du parodonte 4 ☐ Surnuméraires 5 ☐ Taches 6 ☐ Autre														
645	Type de dentition		1 ☐ Dentition primaire 2 ☐ Dentition mixte 3 ☐ Dentition permanente														
647	Évaluation de l'âge		Min. _____ année / Max. _____ année Min. _____ mois / Max. _____ mois 01 Âge (en mois ou années)														
650	Contrôle qualité		Date : _____ Signature : _____ Nom : _____ Date : _____ Signature : _____ Nom : _____														

Renseignements recueillis par	Titre / grade :	Signature / date
	Nom :	
	Adresse :	
	Tél. / Courriel :	

Lieu de la catastrophe :	-----			N° PM :	-----			
Nature de la catastrophe :	-----							
Date de la catastrophe :	Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre	Inconnu	

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (si relatifs à des données précitées, indiquer num. de champ et point).

700	1 N° champ	2	Description
705	Autres renseignements complémentaires page 700. 1 ☐ Non 2 ☐ Oui		

Lieu de la catastrophe :	-----			N° PM :	_____			
Nature de la catastrophe :	-----							
	<i>Jour</i>	<i>Mois</i>	<i>Année</i>	<i>Homme</i>	<i>Femme</i>	<i>Autre</i>	<i>Inconnu</i>	
Date de la catastrophe :				☒	☒	☒	☒	

Lieu de la catastrophe :	N° PM :		
Nature de la catastrophe :			
Date de la catastrophe :	Jour	Mois	Année
	Homme	Femme	Autre
	Inconnu		

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

ANNEXE ADN				a	b	c
810	Laboratoire d'analyse	Nom :	Courriel :			
		Adresse :				
		Ville :	Date prélèv. :			
815	Norme(s) utilisée(s) dans le laboratoire	Accréditation selon :	Non accrédité 1 ☐			
820	Kit(s) STR utilisé(s)	Nom(s) du(des) kit(s) utilisé(s) :				
825	ADN	N° d'échantillon :				
	VWA		DYS391			
	TH01		DYS576			
	D21S11		DYS570			
	FGA		Yindel			
	D8S1179					
	D3S1358					
	D18S51					
	Amélogénine					
	TPOX					
	CSF1PO					
	D13S317					
	D7S820					
	D5S818					
	D16S539					
	D2S1338					
	D19S433					
	Penta D					
	Penta E					
	D1S1656					
	D2S441					
	D10S1248					
	D22S1045					
	D12S391					
	SE33					
	D6S1043					
Pour ajouter toute information autre que les marqueurs ci-dessus, utiliser la colonne c, page 700 « Renseignements complémentaires ».						
830	Page supplémentaire concernant le profil génétique (805 - 825) 1 ☐ Non 2 ☐ Oui					
Renseignements recueillis par		Titre / grade : Nom : Adresse : Tél. / Courriel :		Signature / date		

Lieu de la catastrophe : _____

N° PM : _____

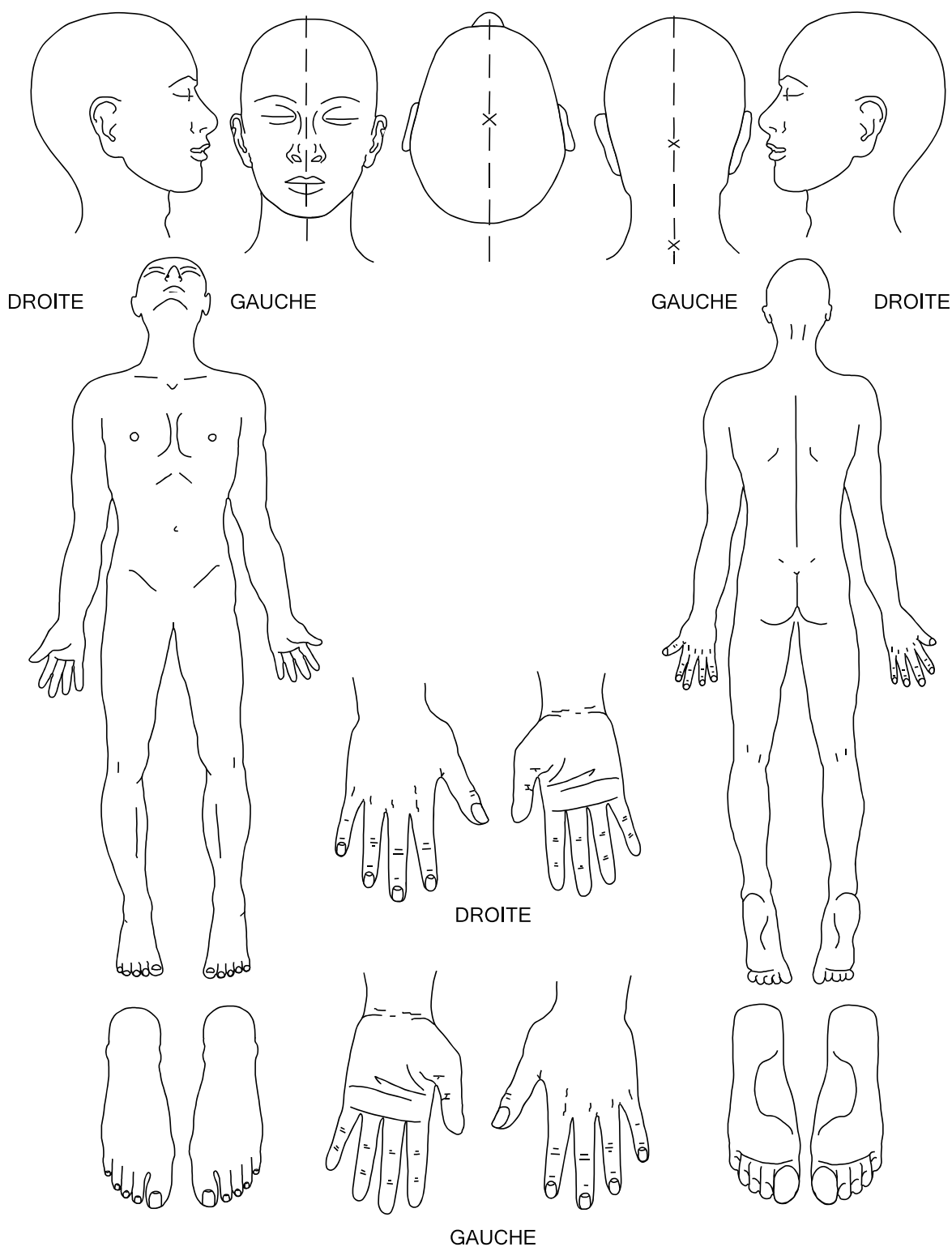
Nature de la catastrophe : _____

Jour Mois Année

Homme Femme Autre Inconnu
☐ ☐ ☐ ☐

Date de la catastrophe :

835 ANNEXE - SCHÉMA DU CORPS (facultatif)



Lieu de la catastrophe : _____

N° PM : _____

Nature de la catastrophe : _____

Jour

Mois

Année

Homme

Femme

Autre

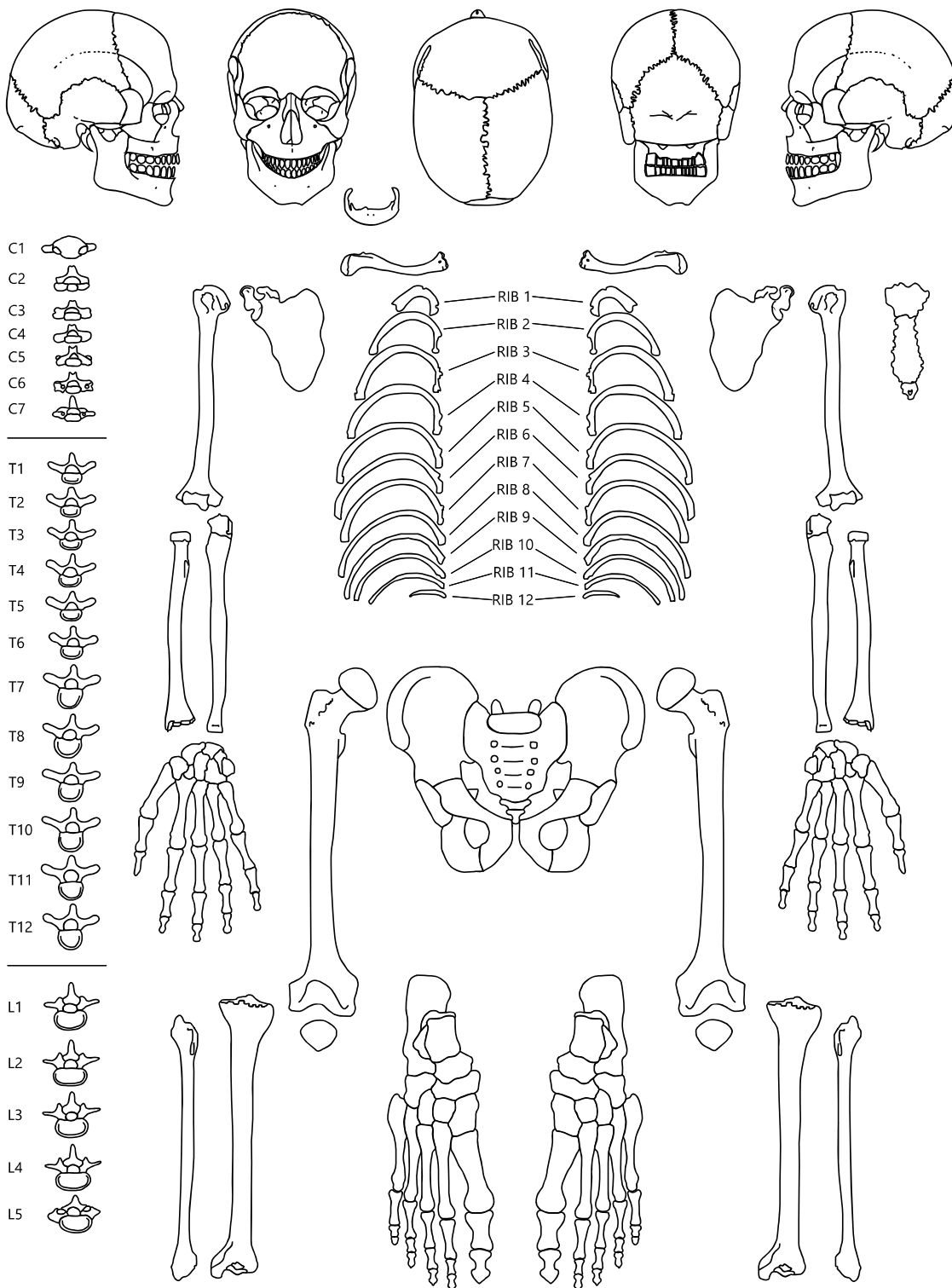
Inconnu

Date de la catastrophe : _____

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

☐
☐
☐
☐

840 ANNEXE - SCHÉMA DU SQUELETTE (facultatif)



Lieu de la catastrophe : _____	N° PM : _____
Nature de la catastrophe : _____	
Date de la catastrophe :	<i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> <i>Homme</i> ☐ <i>Femme</i> ☐ <i>Autre</i> ☐ <i>Inconnu</i> ☐

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

ANNEXE - EXAMEN RADIOLOGIQUE (facultatif)				a	b	c					
852	Procédé	<i>Radiographie</i> 1 ☐	<i>Tomodensito.</i> 2 ☐	<i>Fluoroscopie</i> 3 ☐	<i>Autre (préciser) :</i> 4 ☐ _____						
854	Problèmes techniques	<i>Non</i> 1 ☐				<i>Oui (préciser) :</i> 2 ☐ _____					
856	Type de restes	<i>Humains</i> 1 ☐				<i>Non humains</i> 2 ☐	<i>Mélangés</i> 3 ☐	<i>Incertains</i> 4 ☐			
858	État des restes	<i>Intacts</i> 1 ☐				<i>Incomplets</i> 2 ☐	<i>Parties de corps séparées (préciser) :</i> 3 ☐ _____				
860	Processus pathologiques	<i>Non</i> 1 ☐				<i>Oui (préciser ci-dessous)</i> 2 ☐					
862	Soins dentaires	<i>Non</i> 1 ☐				<i>Oui (préciser ci-dessous)</i> 2 ☐					
864	Implant(s)	<i>Non</i> 1 ☐				<i>Oui (préciser ci-dessous)</i> 2 ☐					
866	Observations ML significatives	<i>Non</i> 1 ☐				<i>Oui (préciser ci-dessous)</i> 2 ☐					
868	Risques	<i>Non</i> 1 ☐				<i>Oui (préciser ci-dessous)</i> 2 ☐					
870	Informations complémentaires										
872	Images annexées	<i>Non</i> 1 ☐				<i>Oui (préciser) :</i> 2 ☐ _____					

Renseignements recueillis par	<i>Titre / grade :</i> _____ <i>Nom :</i> _____ <i>Adresse :</i> _____ <i>Tél. / Courriel :</i> _____	<i>Signature / date</i>
--------------------------------------	--	--

Lieu de la catastrophe : _____ Nature de la catastrophe : _____ Date de la catastrophe : <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Jour</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Mois</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Année</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année				N° PM : _____ De N° PM : _____ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Homme</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Femme</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Autre</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Inconnu</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Homme	Femme	Autre	Inconnu				
Jour	Mois	Année													
Homme	Femme	Autre	Inconnu												

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

ANNEXE - EXAMEN DE RESTES FRAGMENTÉS NON IDENTIFIÉS							a	b	c																
875	Nombre de fragments	1 1 ☐	2-20 2 ☐	21-60 3 ☐	61-100 4 ☐	101-200 5 ☐	>200 6 ☐																		
876	Poids (g)	_____																							
877	Taille (mm)	Min. _____		Max. _____																					
878	État	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">01 État</td> <td style="width: 25%;">Frais 1 ☐</td> <td style="width: 25%;">Décomposé 2 ☐</td> <td style="width: 25%;">Brûlé 3 ☐</td> <td style="width: 25%;">Mixte 4 ☐</td> </tr> <tr> <td>02 Si brûlé, couleur de l'os</td> <td>Jaune / Orange 1 ☐</td> <td>Noir 2 ☐</td> <td>Gris 3 ☐</td> <td>Blanc 4 ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Mixte 5 ☐</td> </tr> </table>						01 État	Frais 1 ☐	Décomposé 2 ☐	Brûlé 3 ☐	Mixte 4 ☐	02 Si brûlé, couleur de l'os	Jaune / Orange 1 ☐	Noir 2 ☐	Gris 3 ☐	Blanc 4 ☐					Mixte 5 ☐			
01 État	Frais 1 ☐	Décomposé 2 ☐	Brûlé 3 ☐	Mixte 4 ☐																					
02 Si brûlé, couleur de l'os	Jaune / Orange 1 ☐	Noir 2 ☐	Gris 3 ☐	Blanc 4 ☐																					
				Mixte 5 ☐																					
879	Présence d'éléments non humains	Non 1 ☐		Oui 2 ☐																					
880	Nombre minimum de sujets	1 ☐		2 ☐		3 ☐		4 ☐		>5 ☐															
881	Éléments d'identification	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">01 Méthode(s) d'identif.</td> <td style="width: 20%;">Aucune 1 ☐</td> <td style="width: 20%;">ADN 2 ☐</td> <td style="width: 20%;">Papillaires 3 ☐</td> <td style="width: 20%;">Dentaires 4 ☐</td> <td style="width: 20%;">Autre 5 ☐</td> </tr> </table>						01 Méthode(s) d'identif.	Aucune 1 ☐	ADN 2 ☐	Papillaires 3 ☐	Dentaires 4 ☐	Autre 5 ☐												
01 Méthode(s) d'identif.	Aucune 1 ☐	ADN 2 ☐	Papillaires 3 ☐	Dentaires 4 ☐	Autre 5 ☐																				
882	Pathologie du squelette	Non 1 ☐		Oui 2 ☐																					
883	Observations ML significatives	Non 1 ☐		Oui 2 ☐																					
884	Images réalisées	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Aucune 1 ☐</td> <td style="width: 25%;">Photos 2 ☐</td> <td style="width: 25%;">Radiographie 3 ☐</td> <td style="width: 25%;">Tomodensito. 4 ☐</td> </tr> </table>						Aucune 1 ☐	Photos 2 ☐	Radiographie 3 ☐	Tomodensito. 4 ☐														
Aucune 1 ☐	Photos 2 ☐	Radiographie 3 ☐	Tomodensito. 4 ☐																						
885	Informations complémentaires																								

Renseignements recueillis par Titre / grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Tél. / Courriel : _____	Signature / date _____
--	---------------------------