

Lieu de la catastrophe : _____ N° PM : _____

Nature de la catastrophe : _____

Date de la catastrophe :

Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre	Inconnu
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	Oui (préciser) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
160	Effets personnels recueillis	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (préciser) : 2 <input type="checkbox"/> _____			
165	Relevé empreintes sur	Non	Impossible	Oui, par :		
	01 Doigt(s)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> _____		
	02 Paume(s)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> _____		
165	03 Pied(s)	Non	Impossible	Oui, par :		
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> _____		
170	Examen	Non	Oui	Images (préciser) :		
	01 Examen externe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> _____		
	02 Autopsie partielle	Non	Oui	Images (préciser) :		
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> _____		
170	03 Autopsie complète	Non	Oui - Voir rapport séparé			
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>			
	04 Légiste (nom)					
	Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel					
175	Examen dentaire	Non	Oui	Images (préciser dans le champ 615)		
	01 Effectué	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
	02 Odontologiste (nom)					
	Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel					
180	Prélèvements effectués	Non	Oui	ADN	Tox. (si besoin)	
	01 Par le médecin légiste Voir 545	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	02 Par l'odontologiste Voir 610	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
185	Numéros de référence	AFIS	ADN	Personne disparue		
		Police	Local	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 : _____

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 :	:	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 01 À affichage numérique 02 À affichage analogique 03 Montre connectée 04 Autre type de montre 05 Montre-bracelet portée à 06 Bracelet / Chaîne de montre	N° : 1	2	3	4	5				
		Marque	Modèle	Couleur dominante	Matière	Inscription				
		Portée à :								
		Gauche	Droite	À l'extérieur	À l'intérieur					
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
		Cuir	Métal	Caoutchouc	Autre (préciser) :					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>							
315	Lunettes 01 Monture 02 Verres 03 Forme des verres 04 Matériau / Type de verres	1	2	3	4	5				
		Marque	Modèle	Couleur dominante	Matière	Inscription				
		À teinte variable Teintés								
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> Non	3 <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : _____						
320	Lentilles de contact	Non	Oui (si colorées, préciser) :							
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> _____							
325	Prothèse(s) auditive(s) 01 Gauche 02 Droite	Non	Oui (préciser) :			N° de série :				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> _____			_____				
330	Prothèse(s) externe(s)	Non	Oui (préciser) :			N° de série :				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> _____			_____				
335	Bijou(x) 01 Bracelet(s) de cheville 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».	N° : 1	2	3	4	5				
		Type / Style	Couleur dominante	Matière	Inscription	Porté(es) à				

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 :	:	Signature / date
	Nom :	:	
	Adresse :	:	
	Tél. / Courriel :	:	

Lieu de la catastrophe : _____ N° PM : _____

Nature de la catastrophe : _____

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							
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 :	:	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	Incomplet 2 <input type="checkbox"/>	Partie de corps 3 <input type="checkbox"/>						
404	Signes particuliers	N° : 1	2	3	4	5	6			
	Tête et cou									
	01 Tête									
	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 <input type="checkbox"/>	Moyenne 2 <input type="checkbox"/>	Forte 3 <input type="checkbox"/>						
420	Cheveux	Naturels 1 <input type="checkbox"/>	Extensions 2 <input type="checkbox"/>	Postiche 3 <input type="checkbox"/>	Perruque 4 <input type="checkbox"/>	Implants 5 <input type="checkbox"/>				
	01 Type									
	02 Longueur	Courts <6 cm / 2,4 pouces 1 <input type="checkbox"/>	Mi-longs <12 cm / 4,7 pouces 2 <input type="checkbox"/>	Longs >12 cm / 4,7 pouces 3 <input type="checkbox"/>						
	Rasés 4 <input type="checkbox"/>									
	03 Teinture (couleur)	Non / inconnue 1 <input type="checkbox"/>	Mèches 2 <input type="checkbox"/>							
		Blond 3 <input type="checkbox"/>	Châtain 4 <input type="checkbox"/>	Noir 5 <input type="checkbox"/>	Roux 6 <input type="checkbox"/>					
		Gris 7 <input type="checkbox"/>	Blanc 8 <input type="checkbox"/>	Poivre et sel 9 <input type="checkbox"/>	Autre (préciser) : 10 <input type="checkbox"/>					
	04 Couleur naturelle	Blond 1 <input type="checkbox"/>	Châtain 2 <input type="checkbox"/>	Noir 3 <input type="checkbox"/>	Roux 4 <input type="checkbox"/>					
		Gris 5 <input type="checkbox"/>	Blanc 6 <input type="checkbox"/>	Poivre et sel 7 <input type="checkbox"/>	Autre (préciser) : 8 <input type="checkbox"/>					
	05 Calvitie	Partielle 1 <input type="checkbox"/>	Totale 2 <input type="checkbox"/>	Frontale 3 <input type="checkbox"/>	Latérale 4 <input type="checkbox"/>	Tonsure 5 <input type="checkbox"/>				
	06 Particularité(s)	Décrire (et détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : _____								

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 :	Homme Femme Autre Inconnu
Jour Mois Année	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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)	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____																					
428 Yeux 01 Couleur (gauche et droit) 02 Particularité(s)	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Bleu 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D</td> <td style="width: 25%;">Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D</td> <td style="width: 25%;">Vert 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D</td> <td style="width: 25%;">Marron clair 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D</td> </tr> <tr> <td>Noir 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D</td> <td>Noisette 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D</td> <td>Marron foncé 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D</td> <td>Rose 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D</td> </tr> <tr> <td>Strab. conv. 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D</td> <td>Strab. div. 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D</td> <td>Œil artificiel 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D</td> <td>Autre (préciser) : 4 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>	Bleu 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Vert 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Marron clair 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Noir 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Noisette 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Marron foncé 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Rose 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Strab. conv. 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Strab. div. 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Œil artificiel 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Autre (préciser) : 4 <input type="checkbox"/> _____									
Bleu 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Vert 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Marron clair 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D																			
Noir 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Noisette 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Marron foncé 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Rose 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D																			
Strab. conv. 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Strab. div. 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Œil artificiel 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Autre (préciser) : 4 <input type="checkbox"/> _____																			
432 Nez 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____																					
436 Pilosité faciale 01 Type 02 Couleur	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 16%;">Glabre 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16%;">Moustache 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16%;">Bouc 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16%;">Favoris 4 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16%;">Barbe 5 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16%;">Autre (préciser en page 700) 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Blond 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Châtain 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Noir 3 <input type="checkbox"/></td> <td>Roux 4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Gris 5 <input type="checkbox"/></td> <td>Blanc 6 <input type="checkbox"/></td> <td>Poivre et sel 7 <input type="checkbox"/></td> <td>Autre (préciser) : 8 <input type="checkbox"/> _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Glabre 1 <input type="checkbox"/>	Moustache 2 <input type="checkbox"/>	Bouc 3 <input type="checkbox"/>	Favoris 4 <input type="checkbox"/>	Barbe 5 <input type="checkbox"/>	Autre (préciser en page 700) 6 <input type="checkbox"/>	Blond 1 <input type="checkbox"/>	Châtain 2 <input type="checkbox"/>	Noir 3 <input type="checkbox"/>	Roux 4 <input type="checkbox"/>			Gris 5 <input type="checkbox"/>	Blanc 6 <input type="checkbox"/>	Poivre et sel 7 <input type="checkbox"/>	Autre (préciser) : 8 <input type="checkbox"/> _____					
Glabre 1 <input type="checkbox"/>	Moustache 2 <input type="checkbox"/>	Bouc 3 <input type="checkbox"/>	Favoris 4 <input type="checkbox"/>	Barbe 5 <input type="checkbox"/>	Autre (préciser en page 700) 6 <input type="checkbox"/>																	
Blond 1 <input type="checkbox"/>	Châtain 2 <input type="checkbox"/>	Noir 3 <input type="checkbox"/>	Roux 4 <input type="checkbox"/>																			
Gris 5 <input type="checkbox"/>	Blanc 6 <input type="checkbox"/>	Poivre et sel 7 <input type="checkbox"/>	Autre (préciser) : 8 <input type="checkbox"/> _____																			
440 Oreilles 01 Lobes / percées 02 Particularité(s)	Attachés 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui Percées - préciser le nombre de trous : 3 <input type="checkbox"/> Gauche 4 <input type="checkbox"/> Droite Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____																					
444 Bouche / dents 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____																					
448 Lèvres 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____																					
452 Menton 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____																					
456 Cou 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____																					
460 Mains / Ongles 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____																					
464 Pieds / Ongles 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____																					
468 Pilosité corps / Pubis 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 <input type="checkbox"/> _____																					
472 Circoncision 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/>																					
476 Ascendance	Européenne 1 <input type="checkbox"/> Blanc Africaine 2 <input type="checkbox"/> Noir Asiatique 3 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 4 <input type="checkbox"/> _____ Mixte (préciser) : 5 <input type="checkbox"/> _____																					

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

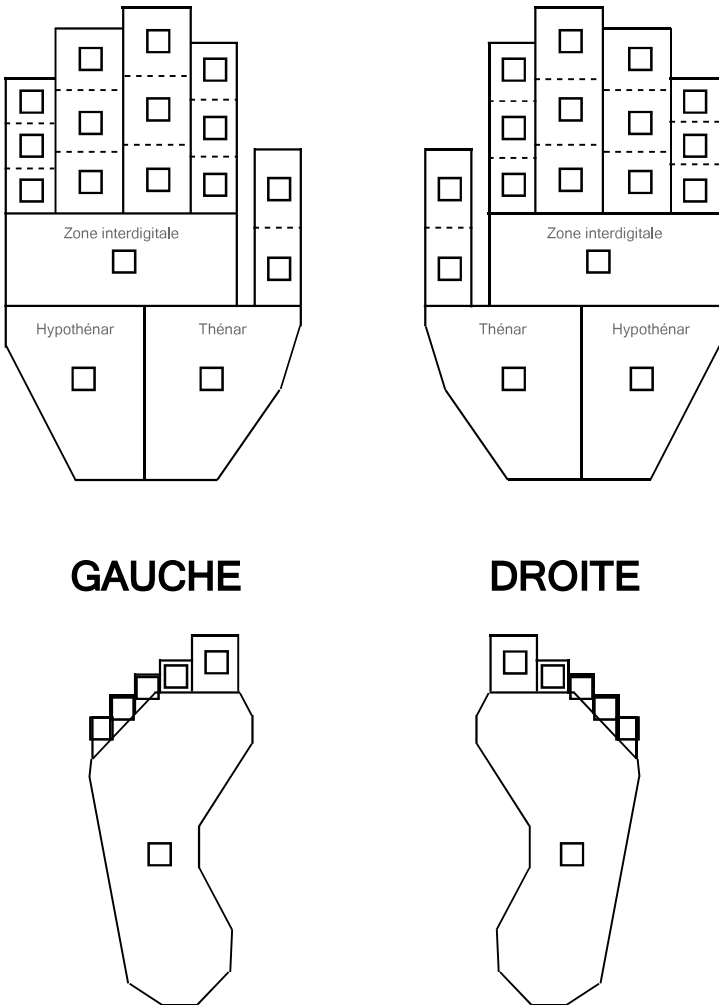
Lieu de la catastrophe : _____ N° PM : _____

Nature de la catastrophe : _____

Date de la catastrophe :

Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre	Inconnu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> <i>Derme</i> 2 <input type="checkbox"/>			
488	Procédé utilisé pour prendre les empreintes <i>Nettoyage et impression</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Technique de l'eau bouillante</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Gant épidermique</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Agent de moulage à base de silicone</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Autre (préciser) :</i> 5 <input type="checkbox"/> _____			
492	Empreintes relevées à l'aide de <i>Poudre noire et support adhésif</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Encre</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Lecteur d'empreintes digitales</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Photo</i> 4 <input type="checkbox"/> <i>Autre (préciser) :</i> 5 <input type="checkbox"/> _____			
496	Provenance des empreintes  <p style="text-align: center;">GAUCHE DROITE</p> <p style="text-align: center;">ASSOMBRIR LES PARTIES CORRESPONDANT AUX EMPREINTES PRISES</p>			

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 :

a = Données non disponibles b = Pièce jointe c = Informations complémentaires à la page « Rens. compl. » (700)

DONNÉES MÉDICALES				a	b	c			
510	Examen interne 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	N° : 1	Préciser						
		515	Implant(s) 01 Implant(s) mammaire(s) 02 Stimulateur cardiaque 03 Pompe à insuline 04 Autre(s) implant(s)	N° : 1	Préciser	2	N° de série		

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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) Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : _____ N° de série : _____ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
525	Autres appareils artificiels Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : _____ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
535	Sexe Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/> Motif : _____ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			
540	Évaluation de l'âge 01 Âge (en mois ou années) Min. _____ Max. _____ Préciser : _____ / _____ 02 Méthode utilisée Min. _____ Max. _____ _____ / _____			
545	Prélèvements d'ADN N° d'échantillon _____ Type Os <input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Muscle <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Prélèvement de : Cellules buc. <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Tissu <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> État Frais <input type="checkbox"/> Légèrement <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Très <input type="checkbox"/> Squelettique <input type="checkbox"/> Brûlé <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> décomp. 3 <input type="checkbox"/> décomp. 4 <input type="checkbox"/> décomp. 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
	N° d'échantillon _____ Type Os <input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Muscle <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Prélèvement de : Cellules buc. <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Tissu <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> État Frais <input type="checkbox"/> Légèrement <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Très <input type="checkbox"/> Squelettique <input type="checkbox"/> Brûlé <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> décomp. 3 <input type="checkbox"/> décomp. 4 <input type="checkbox"/> décomp. 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
	N° d'échantillon _____ Type Os <input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Muscle <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Prélèvement de : Cellules buc. <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Tissu <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> État Frais <input type="checkbox"/> Légèrement <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Très <input type="checkbox"/> Squelettique <input type="checkbox"/> Brûlé <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> décomp. 3 <input type="checkbox"/> décomp. 4 <input type="checkbox"/> décomp. 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
	N° d'échantillon _____ Type Os <input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Muscle <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Prélèvement de : Cellules buc. <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Tissu <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> État Frais <input type="checkbox"/> Légèrement <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Très <input type="checkbox"/> Squelettique <input type="checkbox"/> Brûlé <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> décomp. 3 <input type="checkbox"/> décomp. 4 <input type="checkbox"/> décomp. 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
550	Éléments d'identification complémentaires			

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/> Supérieure	<input type="checkbox"/> Inférieure				
		02 Mâch. sans dent	<input type="checkbox"/> Supérieure	<input type="checkbox"/> Inférieure				
		03 Dent(s) isolée(s)	Code(s) FDI :					
		04 Fragment(s)						
		05 Autre						
615	Images dentaires disponibles	1 Numériques	2 Nombre	3 Non num.	4 Nombre			
		01 Périapicales	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		02 Interproximales (bite wing)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		03 Orthopantomographiques	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		04 Tomodensitométriques (scanner, CBCT)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		05 Autre(s) radiographie(s)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		06 Photographies	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
625	Informations complémentaires							
		01 État des mâchoires						
		02 Autres informations						

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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																																																																
<table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">DROITE</td> <td colspan="8" style="text-align: center;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	DROITE								GAUCHE								48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																					
DROITE								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 01 Préciser	1 <input type="checkbox"/> Couronne(s)	2 <input type="checkbox"/> Bridge(s)	3 <input type="checkbox"/> Implant(s)	4 <input type="checkbox"/> Prothèse(s)	5 <input type="checkbox"/> Autre	6 <input type="checkbox"/> Traitements radiculaires	a	b	c																																																										
640	Autres observations 01 Préciser	1 <input type="checkbox"/> Occlusion	2 <input type="checkbox"/> Attrition	3 <input type="checkbox"/> État du parodonte	4 <input type="checkbox"/> Surnuméraires	5 <input type="checkbox"/> Taches	6 <input type="checkbox"/> Autre																																																													
645	Type de dentition 01 Préciser	1 <input type="checkbox"/> Dentition primaire	2 <input type="checkbox"/> Dentition mixte	3 <input type="checkbox"/> Dentition permanente																																																																
647	Évaluation de l'âge 01 Âge (en mois ou années)	Min. _____ année / Max. _____ année	Min. _____ mois / Max. _____ mois																																																																	
650	Contrôle qualité Odontologiste médico-légal 1	Date : _____ Nom : _____	Signature : _____																																																																	
	Odontologiste médico-légal 2 (si disponible)	Date : _____ Nom : _____	Signature : _____																																																																	

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 :	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jour</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Homme</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Femme</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Autre</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Inconnu</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre	Inconnu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre	Inconnu									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									

700 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 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui

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>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Lieu de la catastrophe : _____ N° PM : _____

Nature de la catastrophe : _____

Date de la catastrophe :

Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre	Inconnu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>			
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 : _____

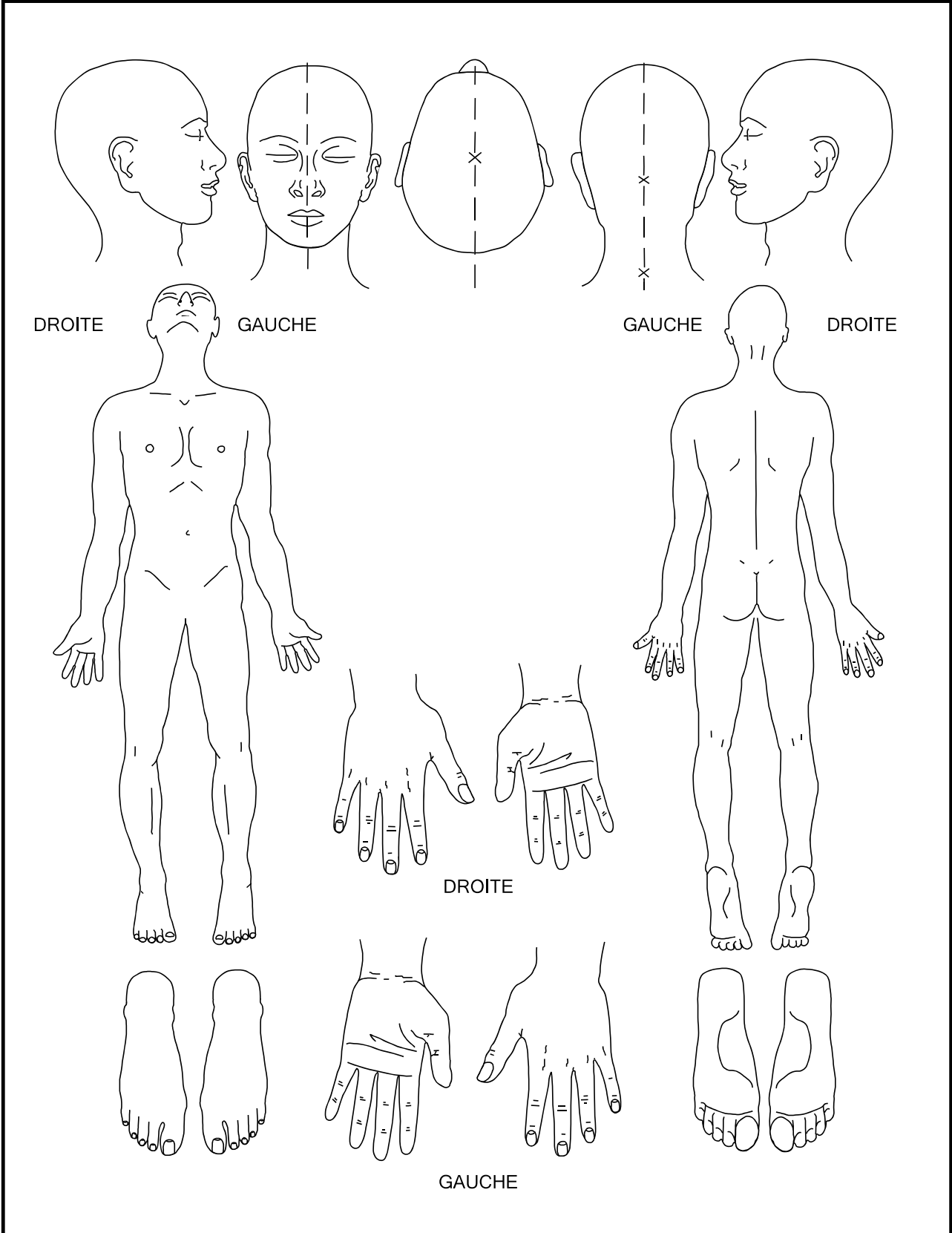
Nature de la catastrophe : _____

Jour		Mois		Année	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Homme	Femme	Autre	Inconnu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date de la catastrophe :

835 ANNEXE - SCHÉMA DU CORPS (facultatif)



Lieu de la catastrophe :

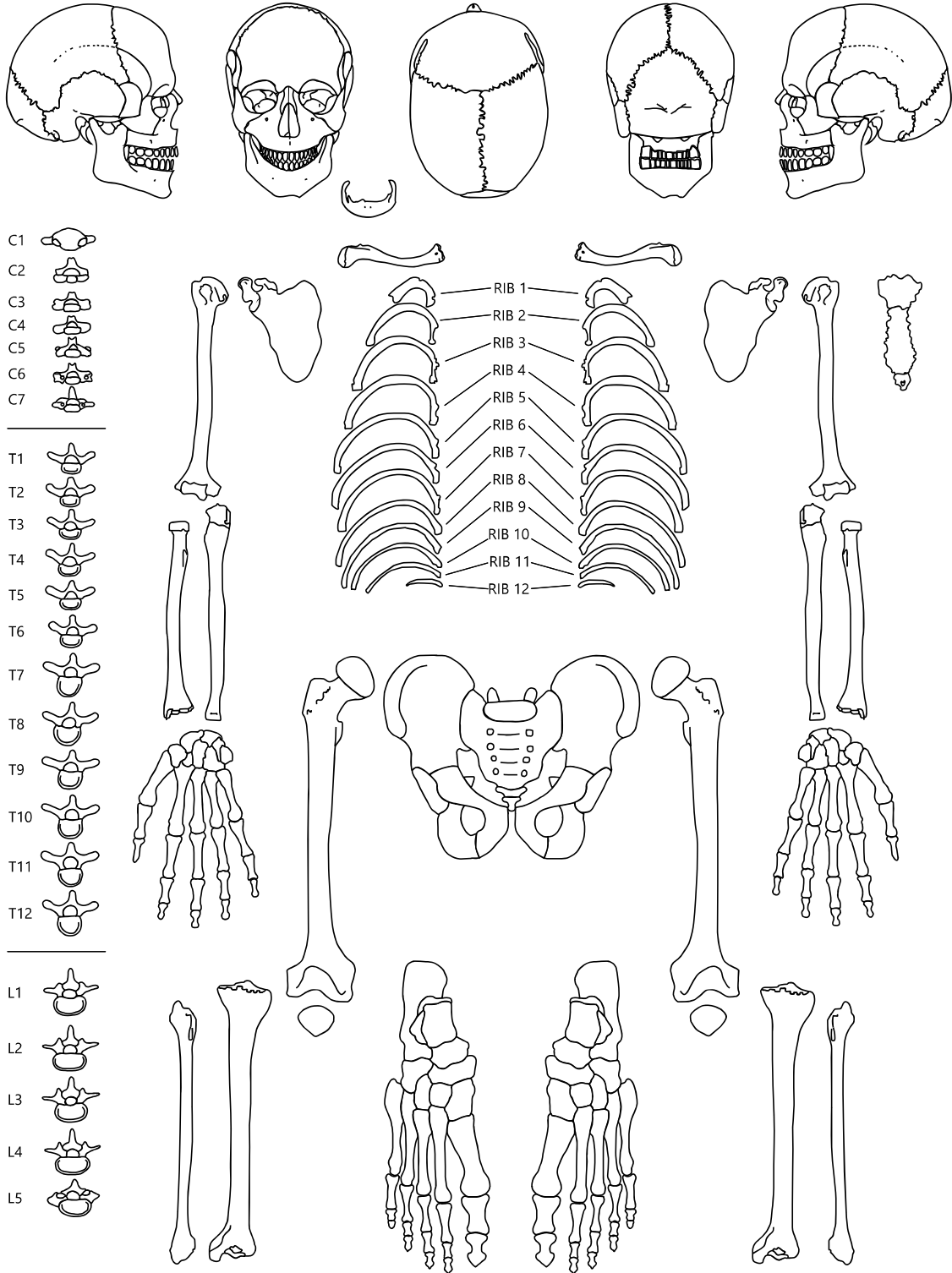
N° PM : _____

Nature de la catastrophe :

Date de la catastrophe :

Homme Femme Autre Inconnu

840 ANNEXE - SCHÉMA DU SQUELETTE (facultatif)



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

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

Lieu de la catastrophe : _____	N° PM : _____														
Nature de la catastrophe : _____	De N° PM : _____														
Date de la catastrophe : <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Jour</td> <td style="text-align: center;">Mois</td> <td style="text-align: center;">Année</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ □</td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année	□ □	□ □	□ □ □ □	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Homme</td> <td style="text-align: center;">Femme</td> <td style="text-align: center;">Autre</td> <td style="text-align: center;">Inconnu</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</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 <input type="checkbox"/>	2-20 2 <input type="checkbox"/>	21-60 3 <input type="checkbox"/>	61-100 4 <input type="checkbox"/>	101-200 5 <input type="checkbox"/>	>200 6 <input type="checkbox"/>																												
876	Poids (g)	_____																																	
877	Taille (mm)	<i>Min.</i> _____		<i>Max.</i> _____																															
878	État	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><i>Frais</i></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><i>Décomposé</i></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><i>Brûlé</i></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">01 État</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">02 Si brûlé, couleur de l'os</td> <td style="text-align: center;"><i>Jaune / Orange</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><i>Noir</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><i>Gris</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><i>Blanc</i> 4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><i>Mixte</i> 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									<i>Frais</i>	<i>Décomposé</i>	<i>Brûlé</i>					01 État	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					02 Si brûlé, couleur de l'os	<i>Jaune / Orange</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Noir</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Gris</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Blanc</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Mixte</i> 5 <input type="checkbox"/>			
	<i>Frais</i>	<i>Décomposé</i>	<i>Brûlé</i>																																
01 État	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																															
02 Si brûlé, couleur de l'os	<i>Jaune / Orange</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Noir</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Gris</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Blanc</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Mixte</i> 5 <input type="checkbox"/>																														
879	Présence d'éléments non humains	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Oui</i> 2 <input type="checkbox"/>																															
880	Nombre minimum de sujets	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		>5 <input type="checkbox"/>																									
881	Éléments d'identification 01 Méthode(s) d'identif.	<i>Aucune</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>ADN</i> 2 <input type="checkbox"/>		<i>Papillaires</i> 3 <input type="checkbox"/>		<i>Dentaires</i> 4 <input type="checkbox"/>		<i>Autre</i> 5 <input type="checkbox"/>																									
882	Pathologie du squelette	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Oui</i> 2 <input type="checkbox"/>																															
883	Observations ML significatives	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Oui</i> 2 <input type="checkbox"/>																															
884	Images réalisées	<i>Aucune</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Photos</i> 2 <input type="checkbox"/>		<i>Radiographie</i> 3 <input type="checkbox"/>		<i>Tomodensito.</i> 4 <input type="checkbox"/>																											
885	Informations complémentaires																																		

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