

Nom de famille : _____	N° AM : _____
Prénom(s) : _____	
<i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> <i>Âge</i> <i>Homme</i> <i>Femme</i> <i>Autre</i> <i>Inconnu</i>	
Date de naissance :	

Lieu de la catastrophe :
Nature de la catastrophe :
<i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i>
Date de la catastrophe :

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

DONNÉES ADMINISTRATIVES			a	b	c
100	Service responsable Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel	BCN INTERPOL : Dossier N° :			
105	Rens. donnés par Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel Lien	Date : _____			
110	Point de contact Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel Lien	1 Voir 105			
120	Empreintes digitales relevées ? 01 Source	1 Non 2 Oui Où : _____ Préciser : _____ Date : _____			
125	Si non, est-il possible d'en obtenir depuis 01 Lieu de résidence / autre 02 Identifiant biométrique Voir aussi 480	1 Non 2 Oui Où : _____ 1 Non 2 Oui Où : _____ Indiquer les sources des empreintes à éliminer à la page « Rens. compl. » (700)			

LISTE DES DONNÉES	Joint complet	Non disponible	Observations
Données administratives (champs 1xx)			
Données nominatives (champs 2xx)			
Effets personnels (champs 3xx)			
Description du corps (champs 4xx)			
Données médicales (champs 5xx)			
Odontologie (champs 6xx)			
Renseignements complémentaires (champs 7xx)			
Annexe (champs 8xx) (facultatif)			

Nom de famille :	N° AM :

Prénom(s) :	-----
Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre Inconnu	
Date de naissance :	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

DONNÉES NOMINATIVES			a	b	c
200	Nom de famille à la naissance	 Nom de jeune fille de la mère			
205	Sumom(s)				
210	Autres noms 01 Autre nom Nom	Prénom(s) : Nom de famille : Jour Mois Année Pays :			
215	Nationalité	Pays : Plusieurs nationalités :			
220	Lieu de naissance	Lieu : Pays :			
225	Numéro d'identité national Numéro Pays de délivrance	1 2 3 Saisir le code ISO-3166-1 alpha-3 (p. ex. «AUS» pour l'Australie).			
230	Situation familiale	Célibataire - 1 Sinon, prénom / deuxième prénom / nom de la personne : Fiancé(e) (date) 2 Concubin(e) 3 Marié(e) (date) 4 Divorcé(e) 5 Veuf / Veuve 6			
235	Profession				
238	Adresse du domicile Rue / N° Code postal / Ville État / Pays				
240	Adresse physique actuelle, p. ex. hôtel Rue / N° Code postal / Ville État / Pays				
241	Numéro(s) de téléphone portable				
243	Présence en ligne 01 Courriels 02 Réseaux sociaux Informations telles que plateforme, nom de profil et informations sur le compte.				
245	Religion Non 1 Oui (préciser) : 2				
Renseignements recueillis par Titre / grade : : Nom : : Adresse : : Tél. / Courriel : :			Signature / date		

N° AM :

Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre Inconnu

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

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

Signature / date

Nom de famille : _____	N° AM : _____
Prénom(s) : _____	
<i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> <i>Âge</i> <i>Homme</i> <i>Femme</i> <i>Autre</i> <i>Inconnu</i>	
Date de naissance :	

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	<i>Marque</i>	2	<i>Modèle</i>	3	<i>Couleur dominante</i>	4	<i>Matière</i>	5	<i>Inscription</i>				
	01 À affichage numérique															
	02 À affichage analogique															
	03 Montre connectée															
	04 Autre type de montre	<i>Portée à :</i>														
	05 Montre-bracelet portée à			<i>Gauche</i> 1	<i>Droite</i> 2	<i>À l'extérieur</i> 3	<i>À l'intérieur</i> 4									
	06 Bracelet / Chaîne de montre			<i>Cuir</i> 1	<i>Métal</i> 2	<i>Caoutchouc</i> 3	<i>Autre (préciser) :</i> 4									
315	Lunettes	N° :	1	<i>Marque</i>	2	<i>Modèle</i>	3	<i>Couleur dominante</i>	4	<i>Matière</i>	5	<i>Inscription</i>				
	01 Monture															
	02 Verres			<i>À teinte variable</i> 1	<i>Teintés</i> 2	<i>Non</i> 3	<i>Oui (préciser) :</i>									
	03 Forme des verres			<i>Ronds</i> 1	<i>Ovales</i> 2	<i>Carrés</i> 3	<i>Mi-cerclés</i> 4	<i>Non cerclés</i> 5	<i>Cerclés</i> 6							
	04 Matériau / Type de verres			<i>Verre</i> 1	<i>Polycarbonate</i> 2	<i>Double foyer</i> 3	<i>Progressifs</i> 4									
320	Lentilles de contact			<i>Non</i> 1	<i>Oui (si colorées, préciser) :</i> 2											
325	Prothèse(s) auditive(s)			<i>Non</i> 1	<i>Oui (préciser) :</i> 2	<i>N° de série :</i>										
	01 Gauche															
	02 Droite			<i>Non</i> 1	<i>Oui (préciser) :</i> 2	<i>N° de série :</i>										
330	Prothèse(s) externe(s)			<i>Non</i> 1	<i>Oui (préciser) :</i> 2	<i>N° de série :</i>										
335	Bijou(x)	N° :	1	<i>Type / Style</i>	2	<i>Couleur dominante</i>	3	<i>Matière</i>	4	<i>Inscription</i>	5	<i>Porté(es) à</i>				
	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».															

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 : _____
--	--------------------------

Nom de famille :	N° AM :
Prénom(s) :	
Date de naissance :	JourMoisAnnéeÂgeHommeFemmeAutreInconnu

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	<i>Nationalité</i>	2	<i>Numéro</i>	3	<i>Détails</i>	4	<i>Biométrie</i>	5	<i>Puce</i>					
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	<i>Marque</i>	2	<i>Modèle</i>	3	<i>Couleur dominante</i>	4	<i>Matière</i>	5	<i>N° de série</i>	6	<i>Inscriptions</i>			
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	<i>Marque</i>	2	<i>Modèle</i>	3	<i>Couleur dominante</i>	4	<i>Matière</i>	5	<i>N° de série</i>	6	<i>Inscriptions</i>			

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

Nom de famille : _____	N° AM : _____
Prénom(s) : _____	
<i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> <i>Âge</i> <i>Homme</i> <i>Femme</i> <i>Autre</i> <i>Inconnu</i>	
Date de naissance :	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

DESCRIPTION (signalement)							a	b	c		
404	Signes particuliers	N° :	1 Cicatrices	2 Piercings	3 Tatouages	4 Marques cutanées	5 Malformations	6 Amputations			
	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.	Max.		Min.	Max.					
		_____ cm	/ _____ cm		_____ pieds	_____ pces / _____ pieds _____ pces					
412	Poids	Min.	Max.		Min.	Max.					
		_____ kg	/ _____ kg		_____ livres	/ _____ livres					
416	Corpulence	Mince	Moyenne	Forte							
		1	2	3							
420	Cheveux	Naturels	Extensions	Postiche	Perruque	Implants					
	01 Type	1	2	3	4	5					
	02 Longueur	Courts <6 cm / 2,4 pouces		Mi-longs <12 cm / 4,7 pouces		Longs >12 cm / 4,7 pouces					
		1		2		3					
		Rasés									
		4									
	03 Teinture (couleur)	Non / inconnue		Mèches							
		1		2							
		Blond	Châtain	Noir	Roux						
		3	4	5	6						
		Gris	Blanc	Poivre et sel	Autre (préciser) :						
		7	8	9	10						
	04 Couleur naturelle	Blond	Châtain	Noir	Roux						
		1	2	3	4						
		Gris	Blanc	Poivre et sel	Autre (préciser) :						
		5	6	7	8						
	05 Calvitie	Partielle	Totale	Frontale	Latérale	Tonsure					
		1	2	3	4	5					
	06 Particularité(s)	Décrire (et détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) :									

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

Nom de famille : _____	N° AM : _____
Prénom(s) : _____	
<i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> <i>Âge</i> <i>Homme</i> <i>Femme</i> <i>Autre</i> <i>Inconnu</i>	
Date de naissance :	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

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

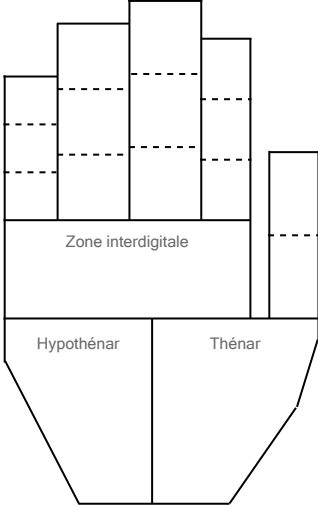
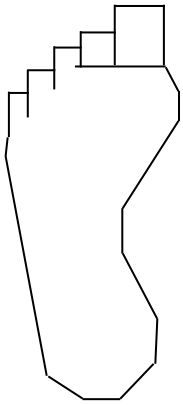
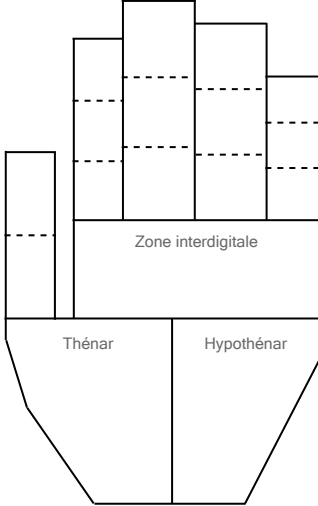
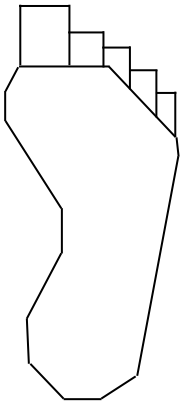
Renseignements recueillis par Titre / grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Tél. / Courriel : _____	Signature / date : _____
--	--------------------------

Nom de famille :	N° AM :							
Prénom(s) :								
Date de naissance :	Jour	Mois	Année	Âge	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
480	Empreintes digitales 01 Nombre d'empreintes relevées 02 Format 03 Technique de révélation	N° : _____ Transferts 1 Photo num. 2 Photo 35 mm 3 ID biométrique 4 Autre (préciser) : 5 _____ Poudre 1 Proc. chimiques 2 Source num. 3 Autre (préciser) : 4 _____		
496	Provenance des empreintes	 GAUCHE   DROITE  ASSOMBRIR LES PARTIES CORRESPONDANT AUX EMPREINTES PRISES		

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

Nom de famille : _____	N° AM : _____
Prénom(s) : _____	
Date de naissance :	JourMoisAnnéeÂgeHommeFemmeAutreInconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

DONNÉES MÉDICALES RECUEILLIES			a	b	c
500	Médecin de famille Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel	Indiquer les autres médecins à la page « Rens. compl. » (700)			
505	Dossier médical 01 Diagnostic(s) 02 Constatation(s) 03 Fracture(s) 04 Hospitalisation(s) 05 Cicatrice(s) d'opération(s) 06 Absence d'organe(s) (congénitale) 07 Ablation d'organe(s) 08 Ordonnance(s) 09 Envoi chez spécialiste 10 Symptôme(s) 11 Traitement(s) 12 Autre(s) cicatrice(s) 13 Autre Dépendance(s) 20 Alcool 21 Médicaments 22 Stupéfiants 23 Tabac Maladie(s) infectieuse(s) 30 Sida / VIH 31 Hépatite 32 Tuberculose 33 Autre Pour les femmes 40 Accouchement(s) 41 Hystérectomie 42 Dispositif intra-utérin 43 Grossesse	N° : 1 <i>Préciser</i> 			
515	Implant(s) 01 Implant(s) mammaire(s) 02 Stimulateur cardiaque 03 Pompe à insuline 04 Autre(s) implant(s)	N° : 1 <i>Préciser</i> 2 <i>N° de série</i> 			
520	Prothèse(s) interne(s) <i>Non</i> <i>Oui (préciser) :</i> 1 2 _____ <i>N° de série :</i> _____				
525	Autres appareils artificiels <i>Non</i> <i>Oui (préciser) :</i> 1 2 _____				

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

Nom de famille : _____	N° AM : _____
Prénom(s) : _____	
Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre Inconnu	
Date de naissance :	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

ADN DE LA PERSONNE DISPARUE POUR COMPARAISON DIRECTE ET ÉCHANTILLONS DE PROCHES BIOLOGIQUES				a	b	c
555	ADN de la personne disparue 01 Profil ADN 02 Biobanque 03 Effets personnels	Réf. N° :	1 Préciser	2 Date du prélève	3 Identifiant du laboratoire :	
		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
560	Échantillons provenant des proches biologiques					
	Membre de la famille Nom(s) _____					
	N° : _____ Numéro d'identité national : _____ Identifiant du laboratoire : _____					
	Lien _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèv. : _____					
	(Merci d'indiquer la référence de l'arbre des liens biologiques)					
	Membre de la famille Nom(s) _____					
	N° : _____ Numéro d'identité national : _____ Identifiant du laboratoire : _____					
	Lien _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèv. : _____					
	(Merci d'indiquer la référence de l'arbre des liens biologiques)					
	Membre de la famille Nom(s) _____					
	N° : _____ Numéro d'identité national : _____ Identifiant du laboratoire : _____					
	Lien _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèv. : _____					
	(Merci d'indiquer la référence de l'arbre des liens biologiques)					
	Membre de la famille Nom(s) _____					
N° : _____ Numéro d'identité national : _____ Identifiant du laboratoire : _____						
Lien _____ Type d'échantillon : _____ Date prélèv. : _____						
(Merci d'indiquer la référence de l'arbre des liens biologiques)						
Autres échantillons de comparaison sur la page 10b 1 Non 2 Oui						
Les profils obtenus sont enregistrés dans le champ 825.						

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

Nom de famille :	N° AM :
Prénom(s) :	
Date de naissance :	<i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> <i>Âge</i> <i>Homme</i> ☐ <i>Femme</i> ☐ <i>Autre</i> ☐ <i>Inconnu</i> ☐

ARBRE DES LIENS BIOLOGIQUES

Indiquer dans l'arbre le numéro de référence du membre de la famille. Ajouter toute information ne figurant pas dans l'arbre des liens biologiques de la famille à la page « Rens. compl. » (700).

Branche maternelle

Grand-mère
N° de réf. :

Grand-père
N° de réf. :

Tante/ Oncle
N° de réf. :

Mère
N° de réf. :

Frère(s)/ Sœur(s)
N° de réf. :

Compagnon/ Compagne
N° de réf. :

Gendre/ Belle-fille
N° de réf. :

Enfants
N° de réf. :

Petit-enfant
N° de réf. :

Branche paternelle

Grand-mère
N° de réf. :

Grand-père
N° de réf. :

Père
N° de réf. :

Tante/ Oncle
N° de réf. :

Compagnon/ Compagne
N° de réf. :

Enfants
N° de réf. :

Gendre/ Belle-fille
N° de réf. :

Petit-enfant
N° de réf. :

Personne disparue

Remarque : Les échantillons d'ADN de membres de la famille proche, notamment la mère, les deux parents ou les enfants, sont plus utiles que ceux de membres de la famille éloignée.

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

Nom de famille : _____	N° AM : _____
Prénom(s) : _____	
Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre Inconnu	
Date de naissance :	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

ODONTOLOGIE					a	b	c	
600	Dentiste / Établissement	Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel						
	01 Concernant la période 02 Pièce(s) jointe(s)	<i>Dossiers</i> 1 <i>De :</i> _____ <i>À :</i> _____ <i>Radios</i> 1 <i>Moulages</i> 2 <i>Photos</i> 3 <i>Autre (préciser) :</i> 4 _____						
605	Dentiste / Établissement	Nom Rue / N° Code postal / Ville État / Pays Tél. / Courriel						
	01 Concernant la période 02 Pièce(s) jointe(s)	<i>Dossiers</i> 1 <i>De :</i> _____ <i>À :</i> _____ <i>Radios</i> 1 <i>Moulages</i> 2 <i>Photos</i> 3 <i>Autre (préciser) :</i> 4 _____						
615	Images dentaires disponibles	1 Numériques	2 Nombre	3 Non num.	4 Nombre			
	01 Périapicales							
	02 Interproximales (bite wing)							
	03 Orthopantomographiques							
	04 Tomodensitométriques (scanner, CBCT)							
	05 Autre(s) radiographie(s)							
	06 Photographies							
620	Autres matériels							
Renseignements recueillis par Titre / grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Tél. / Courriel : _____ Signature / date : _____								

Nom de famille :	N° AM :

Prénom(s) :	-----
JourMoisAnnéeÂgeHommeFemmeAutreInconnu	
Date de naissance :	

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

ODONTOLOGIE																	
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													a	b	c	
	01 Préciser 1 Couronne(s) 2 Bridge(s) 3 Implant(s) 4 Prothèse(s) 5 Autre																
640	Autres observations																
	01 Préciser 1 Occlusion 2 Attrition 3 État du parodonte 4 Surnuméraires 5 Taches 6 Autre																
645	Type de dentition																
	01 Préciser 1 Dentition primaire 2 Dentition mixte 3 Dentition permanente																
650	Contrôle qualité																
	Odontologiste médico-légal 1 Nom : Date : Signature : Signature :																
	Odontologiste médico-légal 2 (si disponible) Nom :																

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

Nom de famille :	-----								N° AM :	-----	
Prénom(s) :	-----										
Date de naissance :	Jour	Mois	Année		Âge	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.

Nom de famille :	N° AM :

Prénom(s) :	-----
Jour Mois Année Âge Homme Femme Autre Inconnu	
Date de naissance :	

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 : _____ _____ 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	Comp. directe 1 Comp. familiale 2 Numéro de référence : _____				
	VWA		D6S1043			
	TH01		DYS391			
	D21S11		DYS576			
	FGA		DYS570			
	D8S1179		Yindel			
	D3S1358					
	D18S51					
	Amélogénine					
	TPOX					
	CSF1PO					
	D13S317					
	D7S820					
	D5S818					
	D16S539					
	D2S1338					
	D19S433					
	Penta D					
	Penta E					
	D1S1656					
	D2S441					
	D10S1248					
	D22S1045					
	D12S391					
	SE33					
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		

Nom de famille :

N° AM :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Jour	Mois	Année	Âge	Homme	Femme	Autre	Inconnu
				☐	☐	☐	☐

835 ANNEXE - SCHÉMA DU CORPS (facultatif)

