

Lieu de la catastrophe : \_\_\_\_\_ N° PM : \_\_\_\_\_

Nature de la catastrophe : \_\_\_\_\_

Date de la catastrophe :             Homme Femme Autre Inconnu

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 <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : <input type="checkbox"/> 1 2 _____				
160	Effets personnels recueillis Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : <input type="checkbox"/> 1 2 _____				
165	Relevé empreintes sur 01 Doigt(s) Non <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Oui, par : <input type="checkbox"/> 1 2 3 _____ 02 Paume(s) Non <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Oui, par : <input type="checkbox"/> 1 2 3 _____ 03 Pied(s) Non <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Oui, par : <input type="checkbox"/> 1 2 3 _____				
170	Examen 01 Examen externe Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Images (préciser) : <input type="checkbox"/> 1 2 3 _____ 02 Autopsie partielle Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Images (préciser) : <input type="checkbox"/> 1 2 3 _____ 03 Autopsie complète Non <input type="checkbox"/> Oui - Voir rapport séparé <input type="checkbox"/> 1 2 04 Légiste (nom) _____ Rue / N° _____ Code postal / Ville _____ État / Pays _____ Tél. / Courriel _____				
175	Examen dentaire 01 Effectué Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Images (préciser dans le champ 615) <input type="checkbox"/> 1 2 3 02 Odontologiste (nom) _____ Rue / N° _____ Code postal / Ville _____ État / Pays _____ Tél. / Courriel _____				
180	Prélèvements effectués 01 Par le médecin légiste Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Tox. (si besoin) <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 02 Par l'odontologiste Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> 1 2 3				
185	Numéros de référence AFIS _____ ADN _____ Personne disparue _____ Police _____ Local _____ Autre _____				
LISTE DES DONNÉES		Joint complet <input type="checkbox"/>	Non disponible <input type="checkbox"/>	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	<b>Vêtements</b>	N° : 1	Type / Style	2	Couleur dominante	3	Marque	4	Matière	5	Taille				
	<b>Tête et cou</b> 101 Coiffure / Chapeau 102 Écharpe 103 Cravate 199 Autre														
	<b>Haut du corps et bras</b> 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														
	<b>Bas du corps et jambes</b> 301 Ceinture 302 Pantalon 303 Short 304 Jupe 305 Collants 306 Chaussettes 307 Bas 308 Slip/culotte 399 Autre														
	<b>Corps entier</b> 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».														
	305	<b>Chaussures</b> 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.

<b>Renseignements recueillis par</b>	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
310	<b>Montre</b>	N° : 1	2	3	4	5				
	01 À affichage numérique	1	2	3	4	5				
	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	<b> Lunettes</b>	1	2	3	4	5				
	01 Monture	1	2	3	4	5				
	02 Verres	À teinte variable Teintés 1 Non 2 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	<b>Lentilles de contact</b>	Non 1	Oui (si colorées, préciser) : 2							
325	<b>Prothèse(s) auditive(s)</b>					N° de série :				
	01 Gauche	Non 1	Oui (préciser) : 2							
	02 Droite	Non 1	Oui (préciser) : 2							
330	<b>Prothèse(s) externe(s)</b>	Non 1	Oui (préciser) : 2		N° de série :					
335	<b>Bijou(x)</b>	N° : 1	2	3	4	5				
	01 Bracelet(s) de cheville	1	2	3	4	5				
	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.

<b>Renseignements recueillis par</b>	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						
<b>340 Pièce(s) d'identité :</b>  01 Carte(s) bancaire(s) 02 Permis de conduire 03 Carte d'identité 04 Passeport 09 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					
<b>345 Effets personnels</b>  01 Badge(s) / Clé(s) 02 Sac banane 03 Espèces 04 Agenda 05 Porte-monnaie 06 Ticket(s) 07 Portefeuille 09 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			
<b>350 Appareil(s) électronique(s)</b>  01 Appareil photo 02 Téléphone portable 03 Lecteur de musique 04 Carte SIM 05 Tablette / Terminal mobile 06 Appareil vidéo 07 Support de stockage 09 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.

<b>Renseignements recueillis par</b>	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)

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 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. _____ 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	Perruque 4	Implants 5						
	01 Type											
	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	Roux 6							
		Gris 7	Blanc 8	Poivre et sel 9	Autre (préciser) : 10							
	04 Couleur naturelle	Blond 1	Châtain 2	Noir 3	Roux 4							
		Gris 5	Blanc 6	Poivre et sel 7	Autre (préciser) : 8							
	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 : \_\_\_\_\_

Date de la catastrophe :           Homme  Femme  Autre  Inconnu

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

DESCRIPTION (signalement + empreintes digitales)			a	b	c
424	<b>Sourcils</b> 01 Particularité(s)	Non 1 Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 _____			
428	<b>Yeux</b> 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	<b>Nez</b> 01 Particularité(s)	Non 1 Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 _____			
436	<b>Pilosité faciale</b> 01 Type  02 Couleur	Glabre 1 Blond 1 Gris 5 Moustache 2 Châtain 2 Blanc 6 Bouc 3 Noir 3 Poivre et sel 7 Favoris 4 Roux 4 Autre (préciser en page 700) 5 6 Autre (préciser) : 8 _____			
440	<b>Oreilles</b> 01 Lobes / percées  02 Particularité(s)	Attachés 1 Non 2 Percées - préciser le nombre de trous 3 Gauche 4 Droite _____ Non 1 Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 _____			
444	<b>Bouche / dents</b> 01 Particularité(s)	Non 1 Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 _____			
448	<b>Lèvres</b> 01 Particularité(s)	Non 1 Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 _____			
452	<b>Menton</b> 01 Particularité(s)	Non 1 Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 _____			
456	<b>Cou</b> 01 Particularité(s)	Non 1 Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 _____			
460	<b>Mains / Ongles</b> 01 Particularité(s)	Non 1 Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 _____			
464	<b>Pieds / Ongles</b> 01 Particularité(s)	Non 1 Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 _____			
468	<b>Pilosité corps / Pubis</b> 01 Particularité(s)	Non 1 Oui (décrire / détailler sur la page « Rens. compl. » (700)) : 2 _____			
472	<b>Circoncision</b> 01 Particularité(s)	Non 1 Oui 2			
476	<b>Ascendance</b>	Européenne 1 Blanc Africaine 2 Noir Asiatique 3 Autre (préciser) : 4 _____ Mixte (préciser) : 5 _____			

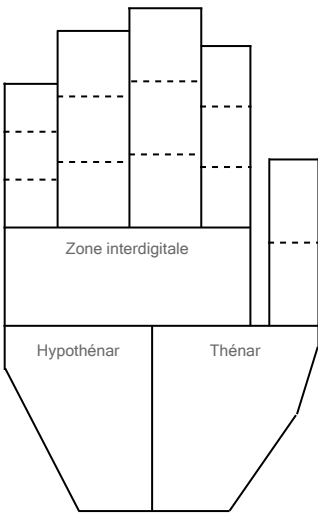
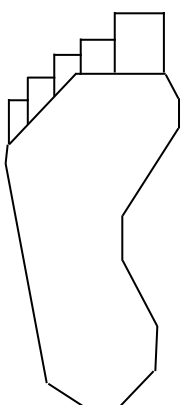
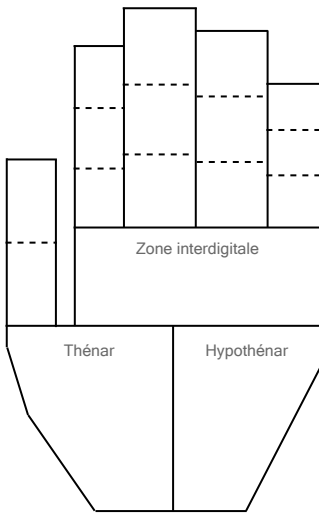
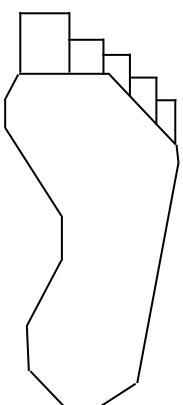
<b>Renseignements recueillis par</b>	Titre / grade :	:	Signature / date
	Nom :	:	
	Adresse :	:	
	Tél. / Courriel :	:	

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)

DESCRIPTION DU CORPS (informations sur les empreintes digitales)			a	b	c						
484	Empreintes prises à partir de	<table border="0"> <tr> <td><i>Épiderme</i> 1</td> <td><i>Derme</i> 2</td> </tr> </table>	<i>Épiderme</i> 1	<i>Derme</i> 2							
<i>Épiderme</i> 1	<i>Derme</i> 2										
488	Procédé utilisé pour prendre les empreintes	<table border="0"> <tr> <td><i>Nettoyage et impression</i> 1</td> <td><i>Technique de l'eau bouillante</i> 2</td> </tr> <tr> <td><i>Gant épidermique</i> 3</td> <td><i>Agent de moulage à base de silicone</i> 4</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Autre (préciser) :</i> 5 _____</td> </tr> </table>	<i>Nettoyage et impression</i> 1	<i>Technique de l'eau bouillante</i> 2	<i>Gant épidermique</i> 3	<i>Agent de moulage à base de silicone</i> 4	<i>Autre (préciser) :</i> 5 _____				
<i>Nettoyage et impression</i> 1	<i>Technique de l'eau bouillante</i> 2										
<i>Gant épidermique</i> 3	<i>Agent de moulage à base de silicone</i> 4										
<i>Autre (préciser) :</i> 5 _____											
492	Empreintes relevées à l'aide de	<table border="0"> <tr> <td><i>Poudre noire et support adhésif</i> 1</td> <td><i>Encre</i> 2</td> </tr> <tr> <td><i>Lecteur d'empreintes digitales</i> 3</td> <td><i>Photo</i> 4</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Autre (préciser) :</i> 5 _____</td> </tr> </table>	<i>Poudre noire et support adhésif</i> 1	<i>Encre</i> 2	<i>Lecteur d'empreintes digitales</i> 3	<i>Photo</i> 4	<i>Autre (préciser) :</i> 5 _____				
<i>Poudre noire et support adhésif</i> 1	<i>Encre</i> 2										
<i>Lecteur d'empreintes digitales</i> 3	<i>Photo</i> 4										
<i>Autre (préciser) :</i> 5 _____											
496	Provenance des empreintes	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>GAUCHE</b></p>  </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>DROITE</b></p>  </div> </div> <p>ASSOMBRIR LES PARTIES CORRESPONDANT AUX EMPREINTES PRISES</p>									

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

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	<p><b>Tête</b></p> <p>01 Cerveau 02 Cou 03 Crâne 04 Autre</p> <p><b>Poitrine</b></p> <p>10 Cœur / Vaisseaux 11 Poumons 12 Thorax / Côtes / Sternum 13 Autre</p> <p><b>Abdomen</b></p> <p>20 Appendice 21 Intestins 22 Estomac 23 Autre</p> <p><b>Autres organes internes</b></p> <p>30 Surrénales / Pancréas / Rate 31 Parties génitales 32 Reins / Uretères / Vessie 33 Foie / Vésicule biliaire</p> <p><b>Squelette / Tissus mous</b></p> <p>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</p> <p><b>Divers</b></p> <p>50 Pathologie visible (maladie cardiaque, cancer, etc.) 51 Fracture(s) guérie(s) 52 Opération(s)</p> <p><b>Pour les femmes</b></p> <p>60 Accouchement(s) 61 Hystérectomie 62 Dispositif intra-utérin 63 Grossesse</p>	N° : 1	Préciser				
		515 Implant(s)		N° : 1	Préciser	2	N° de série
	01 Implant(s) mammaire(s) 02 Stimulateur cardiaque 03 Pompe à insuline 04 Autre(s) implant(s)						

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

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

ODONTOLOGIE						a	b	c	
610	<b>Éléments disponibles pour l'examen</b>	<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	<b>Images dentaires disponibles</b>	<b>1</b> <i>Numériques</i>	<b>2</b> <i>Nombre</i>	<b>3</b> <i>Non num.</i>	<b>4</b> <i>Nombre</i>				
		01 Périapicales							
		02 Interproximales (bite wing)							
		03 Orthopantomographiques							
		04 Tomodensitométriques (scanner, CBCT)							
		05 Autre(s) radiographie(s)							
		06 Photographies							
625	<b>Informations complémentaires</b>								
		01 État des mâchoires							
		02 Autres informations							

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

Lieu de la catastrophe : \_\_\_\_\_ N° PM : \_\_\_\_\_

Nature de la catastrophe : \_\_\_\_\_

Date de la catastrophe :

a = Données non disponibles

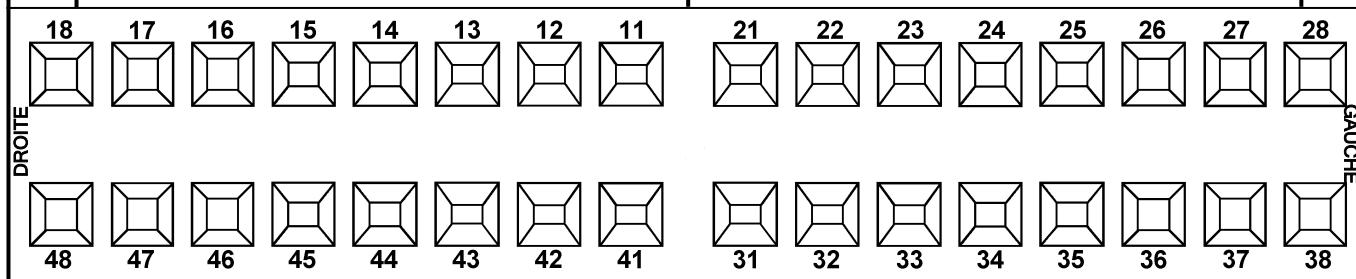
b = Pièce jointe

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

**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



48			38
47			37
46			36
45			35
44			34
43			33
42			32
41			31

635	Particularités 01 Préciser	1 Couronne(s)	2 Bridge(s)	3 Implant(s)	a	b	c	
		4 Prothèse(s)	5 Autre	6 Traitements radiculaires				
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				
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 : _____	Signature : _____					
		Date : _____	Signature : _____					
650	Contrôle qualité Odontologiste médico-légal 2 (si disponible)	Date : _____	Signature : _____					
		Date : _____	Signature : _____					

**Renseignements** Titre / grade : \_\_\_\_\_ Signature / date \_\_\_\_\_

recueillis par Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. / Courriel : \_\_\_\_\_

Lieu de la catastrophe : .....	N° PM : _____														
Nature de la catastrophe : .....															
Date de la catastrophe :	<table style="width: 100%; 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="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>
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"/>									

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

<b>Lieu de la catastrophe :</b> .....	<b>N° PM :</b> _____
<b>Nature de la catastrophe :</b> .....	
<b>Date de la catastrophe :</b>	
<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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input 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="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)

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

Lieu de la catastrophe : .....

N° PM : \_\_\_\_\_

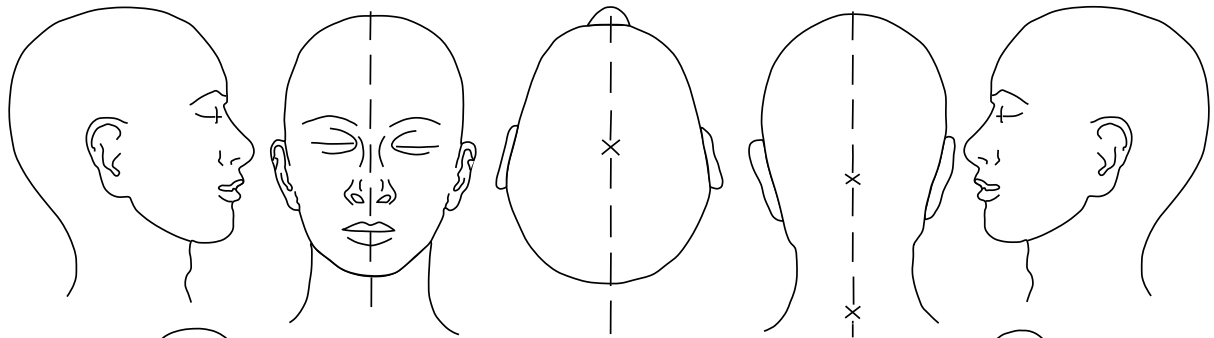
Nature de la catastrophe : .....

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

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)

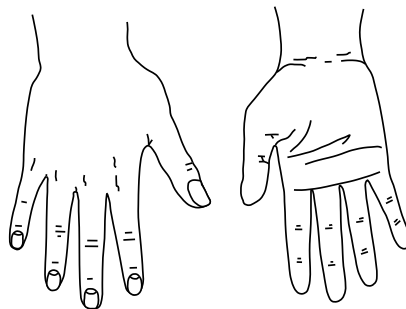
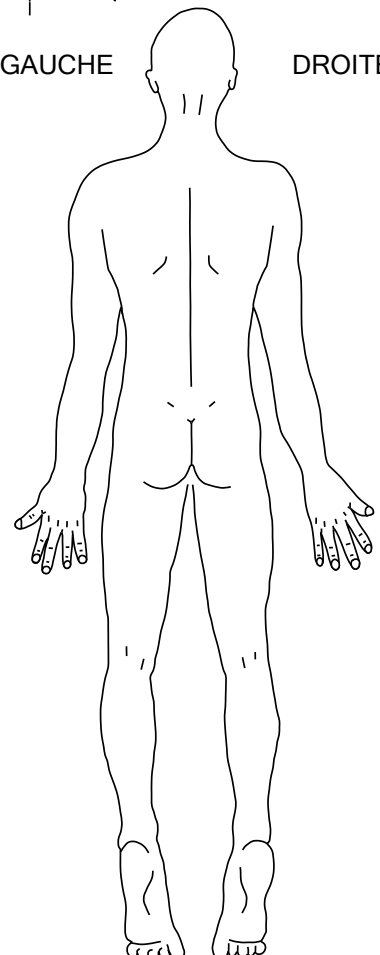
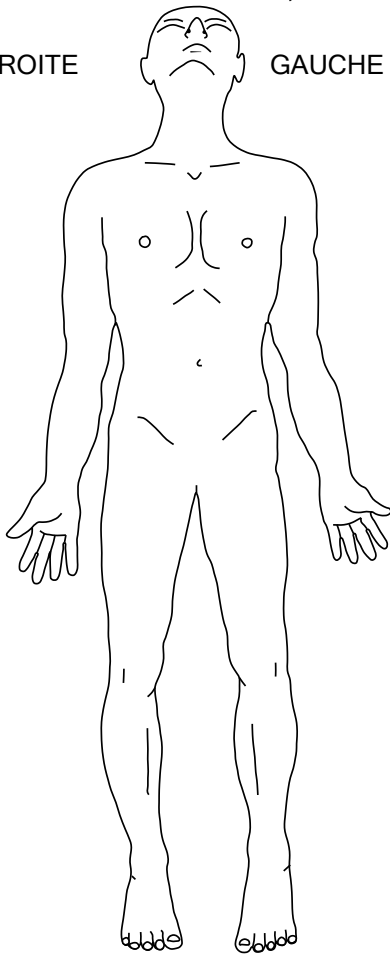


DROITE

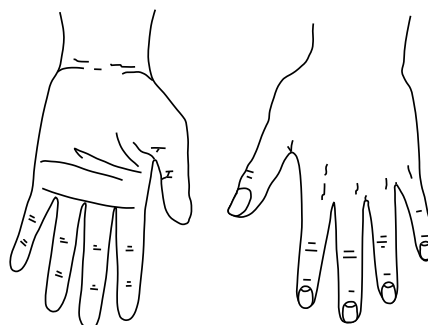
GAUCHE

GAUCHE

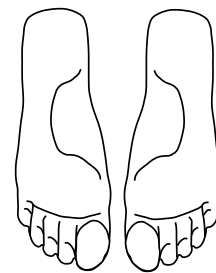
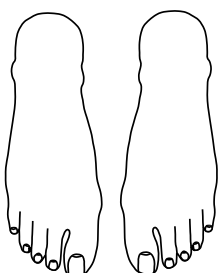
DROITE



DROITE



GAUCHE



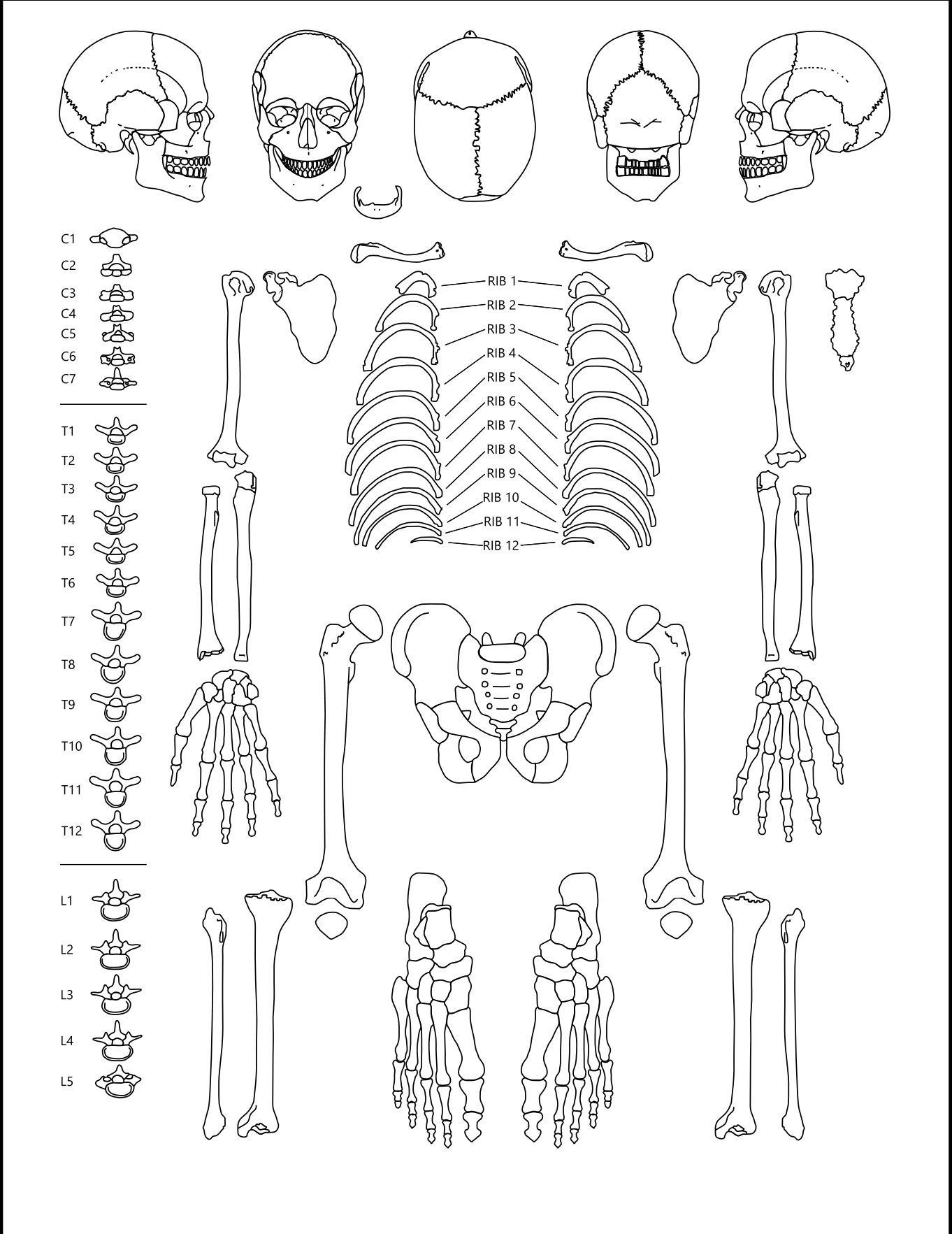
Lieu de la catastrophe : \_\_\_\_\_ N° PM : \_\_\_\_\_

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"/>

840 ANNEXE - SCHÉMA DU SQUELETTE (facultatif)





Lieu de la catastrophe : \_\_\_\_\_ N° PM : \_\_\_\_\_

Nature de la catastrophe : \_\_\_\_\_

Date de la catastrophe :             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 <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	Titre / grade :	Signature / date
	Nom :	
	Adresse :	
	Tél. / Courriel :	

Lieu de la catastrophe : _____	N° PM : _____
Nature de la catastrophe : _____	De N° PM : _____
Date de la catastrophe : <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"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> 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	2-20	21-60	61-100	101-200	>200						
		1	2	3	4	5	6						
876	Poids (g)	_____											
877	Taille (mm)	Min. _____		Max. _____									
878	État 01 État	Frais	Décomposé	Brûlé	Mixte								
		1	2	3	4								
	02 Si brûlé, couleur de l'os	Jaune / Orange	Noir	Gris	Blanc	Mixte							
		1	2	3	4	5							
879	Présence d'éléments non humains	Non	Oui										
		1	2										
880	Nombre minimum de sujets	1	2	3	4	>5							
881	Éléments d'identification 01 Méthode(s) d'identif.	Aucune	ADN	Papillaires	Dentaires	Autre							
		1	2	3	4	5							
882	Pathologie du squelette	Non	Oui										
		1	2										
883	Observations ML significatives	Non	Oui										
		1	2										
884	Images réalisées	Aucune	Photos	Radiographie	Tomodensito.								
		1	2	3	4								
885	Informations complémentaires												

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