



\*DT6388\*

## CONSTAT DE DÉCÈS PAR UNE INFIRMIÈRE CLIENTÈLE ADULTE – CONTEXTE COVID-19

### 1. IDENTIFICATION DU DÉFUNT

Double identification du défunt :  Carte d'identité avec photographie  
 Déclarant : Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
 Lien avec le défunt : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

### 2. HISTOIRE DU DÉCÈS

Type de décès :  Mort naturelle  Mort suspecte (violente, traumatique)  
Indiquer la date et l'heure : Date (année/mois/jour) \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

✓ Qui précise la dernière fois où l'usager a été vu vivant \_\_\_\_\_  
 ✓ Du décès le plus précisément possible (si inconnu, indiquer l'heure approximative) \_\_\_\_\_  
 ✓ DE L'EXAMEN PHYSIQUE DU DÉFUNT

Stimulateur cardiaque  Oui  Non (si oui, l'inscrire au SP-3)

Signes vitaux et neurologiques :  Aucune réponse à la stimulation  Absence de pouls  
 Absence de réactivité des pupilles  Aucun bruit cardiaque à l'auscultation  
 Absence de tension artérielle  Absence de respiration

Rigidité : Mâchoire :  Absence  Présence  
 Membres supérieurs :  Absence  Présence  
 Membres inférieurs :  Absence  Présence

Signe(s) de traumatisme(s) :  Non  Oui, cocher et préciser ci-dessous :

Lacération(s) : \_\_\_\_\_  Abrasion(s) : \_\_\_\_\_  
 Plaie(s) : \_\_\_\_\_  Déformation(s) : \_\_\_\_\_  
 Œdème localisé : \_\_\_\_\_  Autre(s) : \_\_\_\_\_

Lividité :  Absence  Présence, site \_\_\_\_\_

### 3. TRANSFERT D'INFORMATION

Appel au médecin de garde :  SAD  CHSLD  Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Avis au coroner :  Non  Oui  Accepté  Refusé

Numéro inscrit sur le *Bulletin de décès* (SP-3) : \_\_\_\_\_

*Bulletin de décès* (SP-3) complété

Divulgence à la famille (nom du médecin et cause du décès)

Distribution :  Dossier médical (copie jaune)  Famille (copie verte)  Entreprise funéraire (copies bleue, rose et blanche)

### 4. ENTREPRISE FUNÉRAIRE

Nom de l'entreprise funéraire qui transportera la dépouille lors du décès : \_\_\_\_\_

Coordonnées du siège social de l'entreprise funéraire : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

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

no. civique, rue, no. bureau, municipalité (province) code postal

Date	Signature, Titre, #Permis	Initiales	Date	Signature, Titre, #Permis	Initiales

( )