

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)

DONNEES ADMINISTRATIVES (liste des opérations à la morgue)				Date	a	b	c
150	Membre(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (préciser): 2 <input type="checkbox"/> _____				
155	Photographie(s) prise(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui par : 2 <input type="checkbox"/> _____				
160	Effets personnels recueillis	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui par : 2 <input type="checkbox"/> _____				
165	Relevé empreintes sur	Non 1 <input type="checkbox"/>	Impossible 2 <input type="checkbox"/>	Oui par : 3 <input type="checkbox"/> _____			
	01 Doigt(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Impossible 2 <input type="checkbox"/>	Oui par : 3 <input type="checkbox"/> _____			
	02 Paume(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Impossible 2 <input type="checkbox"/>	Oui par : 3 <input type="checkbox"/> _____			
170	Examen	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	Images (préciser): 3 <input type="checkbox"/> _____			
	01 Examen externe	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	Images (préciser): 3 <input type="checkbox"/> _____			
	02 Autopsie partielle	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	Images (préciser): 3 <input type="checkbox"/> _____			
	03 Autopsie complète	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui - Voir rapport séparé 2 <input type="checkbox"/>				
	04 Légiste (nom)						
	Rue / N° Postal / Ville État / Pays Téléphone / E-mail						
175	Examen dentaire	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	Images (préciser dans le champ 615) 3 <input type="checkbox"/>			
	01 Complété	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	Images (préciser dans le champ 615) 3 <input type="checkbox"/>			
	02 Odontologue (nom)						
	Rue / N° Postal / Ville État / Pays Téléphone / E-mail						
180	Prélèvements effectués	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	ADN 3 <input type="checkbox"/>	Tox. (si besoin) 4 <input type="checkbox"/>		
	01 Par le médecin légiste Voir 545	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	ADN 3 <input type="checkbox"/>			
	02 Par l'odontologue Voir 610	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	ADN 3 <input type="checkbox"/>			

LISTE DES DONNÉES	Pièces jointes Com	Non disponible	Observations
Données administratives (champs 1xx)			
Effets personnels (champs 3xx)			
Description du corps (champs 4xx)			
Données médico-légales (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:

Jour      Mois      Année      Homme      Femme      Autre(s)      Inconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

EFFETS PERSONNELS						a	b	c					
<b>300 Vêtements</b>	<b>N°: 1</b>	<i>Type/style</i>	<b>2</b>	<i>Couleur dominante</i>	<b>3</b>	<i>Marque</i>	<b>4</b>	<i>Matière</i>	<b>5</b>	<i>Taille</i>			
	<b>Tête et cou</b>												
	101 Coiffure												
	102 Écharpe												
	103 Cravate												
	199 Autre												
	<b>Partie supérieure du corps et bras</b>												
	201 Chemisier												
	202 Bretelles												
	203 Soutien-gorge												
	204 Gilet												
	205 Veste/Manteau												
	206 Gants												
	207 Pardessus												
	208 Pull-over												
	209 Chemise												
	210 Tee-shirt												
	211 Tricot de corps												
	212 Gilet sans manches												
	299 Autre												
<b>Bas du corps et jambes</b>													
301 Ceinture													
302 Short													
303 Jupe													
304 Chaussettes													
305 Bas													
306 Maillot de bain													
307 Collants													
308 Pantalon													
309 Sous-vêtements													
399 Autre													
<b>Corps entier</b>													
401 Combinaison													
402 Robe													
403 Vêtement religieux/culturel/traditionnel													
404 Uniforme													
499 Autre													
Si la réponse est « 99 Autre », merci de renseigner la colonne 1 « Type/style ».													
<b>305 Chaussures</b>	<b>N°: 1</b>	<i>Type/style</i>	<b>2</b>	<i>Couleur dominante</i>	<b>3</b>	<i>Marque</i>	<b>4</b>	<i>Matière</i>	<b>5</b>	<i>Taille</i>			
	01 Bottes												
	02 Chaussures ouvertes												
	03 Chaussures												
	99 Autre												
Décrire le type de chaussure dans la colonne "1 Type/style", par exemple : chaussures de sport, sandales													

Veuillez utiliser uniquement les couleurs suivantes: Noir, Bleu, Marron, Vert, Gris, Orange, Rose, Violet, Rouge, Blanc, Jaune, Inconnu.

<b>Renseignements enregistrés par</b>	Titre / Grade :	<i>Signature / Date</i>
	Nom :	
	Adresse :	
	Téléphone / E-mail :	

Lieu de la catastrophe: ..... N° PM: .....

Nature de la catastrophe: .....

Date de la catastrophe: 

Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre(s)	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)

EFFETS PERSONNELS							a	b	c			
310	<b>Montre</b> 01 À affichage numérique 02 Analogique 03 Montre numérique/analogique 04 Montre intelligente 04 Montre bracelet, portée à 05 Bracelet / chaîne de montre 06 Autre type de montre	N°: 1	1	2	3	4	5					
			Marque	Modèle	Couleur dominante	Matière	Inscription					
			Gauche 1 <input type="checkbox"/>	Droite 2 <input type="checkbox"/>	À l'extérieur 3 <input type="checkbox"/>	À l'intérieur 4 <input type="checkbox"/>						
			Cuir 1 <input type="checkbox"/>	Métal 2 <input type="checkbox"/>	Caoutchouc 3 <input type="checkbox"/>	Autre(s) (préciser): 4 <input type="checkbox"/>	Portée à: _____					
315	<b>Lunettes</b> 01 Monture 02 Verres 03 Forme des verres 04 Matériau / type de verres	1	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): _____									
			Ronds 1 <input type="checkbox"/>	Ovales 2 <input type="checkbox"/>	Carrés 3 <input type="checkbox"/>	Semi-cerclés 4 <input type="checkbox"/>	Monture invisible 5 <input type="checkbox"/>	Cerclés 6 <input type="checkbox"/>				
320	<b>Lentilles de contact</b>	1	1	2								
			Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (préciser si elles sont colorées): 2 <input type="checkbox"/>								
325	<b>Prothèse(s) auditive(s)</b> 01 À gauche 02 À droite	1	1	2								
			Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (préciser): 2 <input type="checkbox"/>	N° de série : _____							
330	<b>Prothèse(s) externe(s)</b>	1	1	2								
			Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (préciser): 2 <input type="checkbox"/>	N° de série : _____							
335	<b>Bijou(x)</b> 01 Bracelet(s) de cheville 02 Bracelet(s) 03 Boucle(s) d'oreille (clip) 04 Boucle(s) d'oreille (oreilles percées) 05 Chaînette(s) de cou 06 Collier(s) 07 Anneau(x) dans le nez 08 Pendentif(s) (chaînette) 09 Alliance 10 Autre(s) bague(s) 99 Autre(s)  Si la réponse est "99 Autre", merci de renseigner la colonne "1 Type/style".	N°: 1	1	2	3	4	5					
			Type/style	Couleur dominante	Matière	Inscription	Portés à					

Veuillez utiliser uniquement les couleurs suivantes: Noir, Bleu, Marron, Vert, Gris, Orange, Rose, Violet, Rouge, Blanc, Jaune, Inconnu.

<b>Renseignements enregistrés par</b>	Titre / Grade :	Signature / Date
	Nom :	
	Adresse :	
	Téléphone / E-mail :	

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

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

Date de la catastrophe:

Jour      Mois      Année      Homme      Femme      Autre(s)      Inconnu

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

EFFETS PERSONNELS							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 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					
<b>345 Effets personnels</b>  01 Badge(s) / clé(s) 02 Sac-ceinture 03 Devises 04 Journal / 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			
<b>350 Appareil(s) électronique (s)</b>  01 Appareil photo 02 Téléphone portable 03 Baladeur 04 Carte SIM 05 Tablette / mobile 06 Vidéo 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			

Veuillez utiliser uniquement les couleurs suivantes: Noir, Bleu, Marron, Vert, Gris, Orange, Rose, Violet, Rouge, Blanc, Jaune, Inconnu.

<b>Renseignements enregistrés par</b> Titre / Grade : Nom : Adresse : Téléphone / E-mail :	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)

DESCRIPTION (signalement)		a	b	c
402	État du corps	Complet 1 <input type="checkbox"/>	Incomplet 2 <input type="checkbox"/>	
404	Signes particuliers	N°: 1 Cicatrice(s)	2 Piercing(s)	3 Tatouage(s)
	Tête et cou			
	01 Tête			
	02 Cou			
	Torse			
	03 Torse : face antérieure			
	04 Torse : face postérieure			
	05 Parties génitales			
	06 Fesses			
	Membres supérieurs			
	07 Bras droit			
	08 Bras gauche			
	09 Avant-bras droit			
	10 Avant-bras gauche			
	11 Main droite	N°: 4 Marque(s) cutanée(s)	5 Malformation(s)	6 Amputation(s)
	12 Main gauche			
	Membres inférieurs			
	13 Cuisse droite			
	14 Cuisse gauche			
	15 Genou droit			
	16 Genou gauche			
	17 Jambe, partie inf. droite			
	18 Jambe, partie inf. gauche			
	19 Pied droit			
	20 Pied gauche			
408	Taille	Min _____ cm / Max _____ cm	Min _____ pieds _____ pouce / Max _____ pieds _____ pouce	
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	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"/>		
	02 Longueur	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(s) (préciser): 10 <input type="text"/>		
	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(s) (préciser): 8 <input type="text"/>		
	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 (utiliser la page Rens. compl. (700) pour des précisions): _____		

Renseignements enregistrés par	Titre / Grade :	Signature / Date
	Nom :	
	Adresse :	
	Téléphone / E-mail :	

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

Nature de la catastrophe: .....

Date de la catastrophe: 

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

Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre(s)	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																				
<b>424 Sourcils</b> 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/>																							
<b>428 Yeux</b> 01 Couleur (Gauche et Droite)  02 Particularité(s)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><i>Bleu</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small></td> <td style="width: 25%;"><i>Gris</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small></td> <td style="width: 25%;"><i>Vert</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small></td> <td style="width: 25%;"><i>Marron</i> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small></td> </tr> <tr> <td><i>Noir</i> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small></td> <td><i>Noisette</i> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small></td> <td><i>Bordeaux</i> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small></td> <td><i>Rose</i> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><i>Strabisme conv.</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Strabisme div.</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small></td> <td colspan="2"><i>Oeil artificiel</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><i>Autre(s) (préciser):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>	<i>Bleu</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Gris</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Vert</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Marron</i> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Noir</i> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Noisette</i> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Bordeaux</i> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Rose</i> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Strabisme conv.</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>				<i>Strabisme div.</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>		<i>Oeil artificiel</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>		<i>Autre(s) (préciser):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____						
<i>Bleu</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Gris</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Vert</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Marron</i> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>																					
<i>Noir</i> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Noisette</i> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Bordeaux</i> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>	<i>Rose</i> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>																					
<i>Strabisme conv.</i> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>																								
<i>Strabisme div.</i> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>		<i>Oeil artificiel</i> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>G D</small>																						
<i>Autre(s) (préciser):</i> 4 <input type="checkbox"/> _____																								
<b>432 Nez</b> 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/>																							
<b>436 Pilosité faciale</b> 01 Type  02 Couleur	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"><i>Glabre</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;"><i>Moustache</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;"><i>Bouc</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;"><i>Favoris</i> 4 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;"><i>Barbe</i> 5 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 16.6%;"><i>Autre (préciser à la page 700)</i> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Blond</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Châtain</i> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Noir</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Roux</i> 4 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><i>Gris</i> 5 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Blanc</i> 6 <input type="checkbox"/></td> <td><i>Poivre et sel</i> 7 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"><i>Autre(s) (préciser):</i> 8 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>	<i>Glabre</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Moustache</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Bouc</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Favoris</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Barbe</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Autre (préciser à la page 700)</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Blond</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Châtain</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Noir</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Roux</i> 4 <input type="checkbox"/>			<i>Gris</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Blanc</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Poivre et sel</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Autre(s) (préciser):</i> 8 <input type="checkbox"/> _____							
<i>Glabre</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Moustache</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Bouc</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Favoris</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Barbe</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Autre (préciser à la page 700)</i> 6 <input type="checkbox"/>																			
<i>Blond</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Châtain</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Noir</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Roux</i> 4 <input type="checkbox"/>																					
<i>Gris</i> 5 <input type="checkbox"/>	<i>Blanc</i> 6 <input type="checkbox"/>	<i>Poivre et sel</i> 7 <input type="checkbox"/>	<i>Autre(s) (préciser):</i> 8 <input type="checkbox"/> _____																					
<b>440 Oreilles</b> 01 Lobes / percées  02 Particularité(s)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><i>Attachés</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Non</i></td> <td colspan="2"><i>Percées - préciser le nombre de trous</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Oui</i></td> <td colspan="2">3 <input type="checkbox"/> <i>Gauche</i></td> <td colspan="2">4 <input type="checkbox"/> <i>Droite</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="6"><i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>	<i>Attachés</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Non</i>		<i>Percées - préciser le nombre de trous</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Oui</i>		3 <input type="checkbox"/> <i>Gauche</i>		4 <input type="checkbox"/> <i>Droite</i>		<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____												
<i>Attachés</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Non</i>		<i>Percées - préciser le nombre de trous</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Oui</i>		3 <input type="checkbox"/> <i>Gauche</i>		4 <input type="checkbox"/> <i>Droite</i>																		
<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>		<i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/> _____																						
<b>444 Bouche/dents</b> 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/>																							
<b>448 Lèvres</b> 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/>																							
<b>452 Menton</b> 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/>																							
<b>456 Cou</b> 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/>																							
<b>460 Mains/ongles</b> 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/>																							
<b>464 Pieds/ongles</b> 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/>																							
<b>468 Pilosité corps/pubis</b> 01 Particularité(s)	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Oui (décrire et utiliser la page "Rens. compl. " (700) pour des précisions):</i> 2 <input type="checkbox"/>																							
<b>472 Circoncision</b>	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> 2 <input type="checkbox"/>																							
<b>476 Ascendance</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><i>Européenne</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Blanc</i></td> <td style="width: 25%;"><i>Africaine</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Noir</i></td> <td style="width: 25%;"><i>Asiatique</i> 3 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"><i>Autre(s)</i> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><i>Mixte (préciser):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>	<i>Européenne</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Blanc</i>	<i>Africaine</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Noir</i>	<i>Asiatique</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Autre(s)</i> 4 <input type="checkbox"/>	<i>Mixte (préciser):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____																		
<i>Européenne</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Blanc</i>	<i>Africaine</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Noir</i>	<i>Asiatique</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Autre(s)</i> 4 <input type="checkbox"/>																					
<i>Mixte (préciser):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____																								

<b>Renseignements enregistrés par</b> Titre / Grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone / E-mail : _____	Signature / Date : _____
--	--------------------------

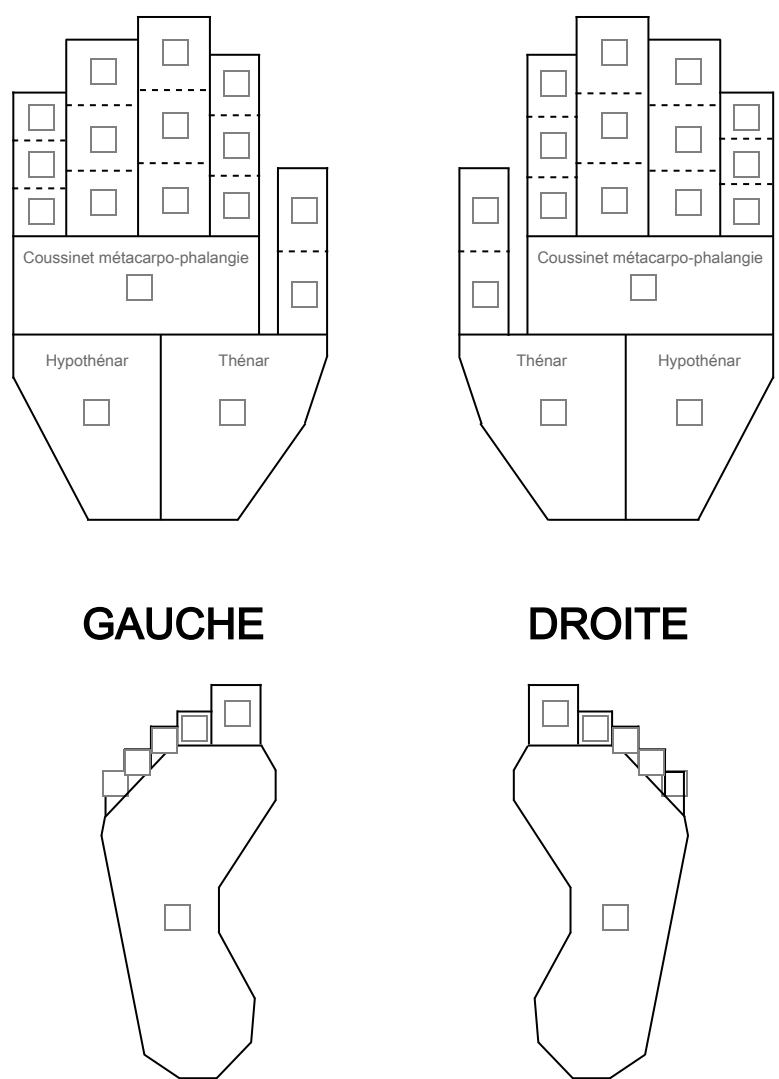
Lieu de la catastrophe: ..... N° PM: .....

Nature de la catastrophe: .....

Date de la catastrophe: 

Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre(s)	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>Gant épidermique</i> 3 <input type="checkbox"/>  <i>Autre(s) (préciser):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____	<i>Technique de l'eau bouillante</i> 2 <input type="checkbox"/>  <i>Agent de moulage à base de silicone</i> 4 <input type="checkbox"/>	
492	Procédé utilisé pour prendre les empreintes	<i>Poudre noire et adhésif</i> 1 <input type="checkbox"/>  <i>Scanner</i> 3 <input type="checkbox"/>  <i>Autre(s) (préciser):</i> 5 <input type="checkbox"/> _____	<i>Encre</i> 2 <input type="checkbox"/>  <i>Photo</i> 4 <input type="checkbox"/>	
496	Provenance des empreintes	 <p style="font-size: 24px; font-weight: bold; margin: 10px 0;">GAUCHE                      DROITE</p> <p style="font-weight: bold;">ASSOMBRIR LES PARTIES CORRSPONDANT AUX EMPREINTES PR</p>		

<b>Renseignements enregistrés par</b> Titre / Grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone / E-mail : _____	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)

DONNEES MEDICOLEGALES				a	b	c
510 Examen interne	N°: 1	Préciser				
	<b>Tête</b>					
	01 Cerveau					
	02 Cou					
	03 Crâne					
	04 Autre					
	<b>Poitrine</b>					
	10 Coeur / Vaisseaux					
	11 Poumons					
	12 Thorax / Côtes / Sternum					
	13 Autre					
	<b>Abdomen</b>					
	20 Appendice					
	21 Intestins					
	22 Estomac					
	23 Autre					
	<b>Autres organes internes</b>					
	30 Surrénales / Pancréas / Rate					
	31 Organes génitaux					
	32 Reins / Uretères / Vessie					
	33 Foie / Vésicule biliaire					
	<b>Squelette / tissus mous</b>					
	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						
<b>Divers</b>						
50 Pathologie visible (maladie cardiaque, cancer, etc.)						
51 Fracture(s) guérie(s)						
52 Opération(s)						
<b>Pour les femmes</b>						
60 Accouchement(s)						
61 Hystérectomie(s)						
62 Dispositif intra-utérin						
63 Grossesse						
515 Implants	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 enregistrés par	Titre / Grade :	Signature / Date
	Nom :	
	Adresse :	
	Téléphone / E-mail :	



Lieu de la catastrophe: ..... N° PM: .....

Nature de la catastrophe: .....

Date de la catastrophe: Jour Mois Année Homme Femme Autre(s) Inconnu

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

DONNEES MEDICOLEGALES			a	b	c
520	Prothèse(s)	Non <input type="checkbox"/> 1 Oui (préciser): <input type="checkbox"/> 2 N° de série: _____			
525	Autres appareils artificiels	Non <input type="checkbox"/> 1 Oui (préciser): <input type="checkbox"/> 2 _____			
535	Sexe	Homme <input type="checkbox"/> 1 Femme <input type="checkbox"/> 2 Indéterminé <input type="checkbox"/> 3 Motif: _____			
540	Évaluation de l'âge 01 Âge (en mois ou en années) 02 Méthode utilisée	Min _____ Max _____ an(s) / an(s) Préciser: _____ Min _____ Max _____ mois / mois			
545	Échantillons ADN prélev Nombre d'échantillons _____ Type _____ Prélèvement de: _____ État _____	Os <input type="checkbox"/> 1 Dentition <input type="checkbox"/> 2 Muscle <input type="checkbox"/> 3 Sang <input type="checkbox"/> 4 Autre(s) (préciser): _____ 5 Cellules buc. <input type="checkbox"/> 6 Sang <input type="checkbox"/> 7 Tissu <input type="checkbox"/> 8 Frais <input type="checkbox"/> 1 Légèrement <input type="checkbox"/> 2 décompos Modérément <input type="checkbox"/> 3 décompos Très <input type="checkbox"/> 4 décompos Squelette <input type="checkbox"/> 5 Brûlé <input type="checkbox"/> 6			
		Os <input type="checkbox"/> 1 Dentition <input type="checkbox"/> 2 Muscle <input type="checkbox"/> 3 Sang <input type="checkbox"/> 4 Autre(s) (préciser): _____ 5 Cellules buc. <input type="checkbox"/> 6 Sang <input type="checkbox"/> 7 Tissu <input type="checkbox"/> 8 Frais <input type="checkbox"/> 1 Légèrement <input type="checkbox"/> 2 décompos Modérément <input type="checkbox"/> 3 décompos Très <input type="checkbox"/> 4 décompos Squelette <input type="checkbox"/> 5 Brûlé <input type="checkbox"/> 6			
		Os <input type="checkbox"/> 1 Dentition <input type="checkbox"/> 2 Muscle <input type="checkbox"/> 3 Sang <input type="checkbox"/> 4 Autre(s) (préciser): _____ 5 Cellules buc. <input type="checkbox"/> 6 Sang <input type="checkbox"/> 7 Tissu <input type="checkbox"/> 8 Frais <input type="checkbox"/> 1 Légèrement <input type="checkbox"/> 2 décompos Modérément <input type="checkbox"/> 3 décompos Très <input type="checkbox"/> 4 décompos Squelette <input type="checkbox"/> 5 Brûlé <input type="checkbox"/> 6			
		Os <input type="checkbox"/> 1 Dentition <input type="checkbox"/> 2 Muscle <input type="checkbox"/> 3 Sang <input type="checkbox"/> 4 Autre(s) (préciser): _____ 5 Cellules buc. <input type="checkbox"/> 6 Sang <input type="checkbox"/> 7 Tissu <input type="checkbox"/> 8 Frais <input type="checkbox"/> 1 Légèrement <input type="checkbox"/> 2 décompos Modérément <input type="checkbox"/> 3 décompos Très <input type="checkbox"/> 4 décompos Squelette <input type="checkbox"/> 5 Brûlé <input type="checkbox"/> 6			
550	Éléments d'identification complémentaires				

<b>Renseignements enregistrés par</b>	Titre / Grade :	Signature / Date
	Nom :	
	Adresse :	
	Téléphone / E-mail :	

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

Nature de la catastrophe: .....

Date de la catastrophe: 

Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre(s)	Inconnu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

ODONTOLOGIE					a	b	c				
<b>610</b>	<b>Éléments disponibles pour l'examen</b>	<i>Vérifier</i>		<i>Échantillon prélevé</i>							
	01 Mâch. avec dents	<input type="checkbox"/> Mâchoire supérieure	<input type="checkbox"/> Inférieure								
	02 Mâch. sans dent	<input type="checkbox"/> Mâchoire supérieure	<input type="checkbox"/> Inférieure								
	03 Dent(s) isolée(s)	Code(s) FDI :									
	04 Fragment(s)										
	05 Autre(s)										
<b>615</b>	<b>Images dentaires disponibles</b>	<b>1</b>	<i>Numériques</i>	<b>2</b>	<i>Nombre</i>	<b>3</b>	<i>Non numériques</i>	<b>4</b>	<i>Nombre</i>		
	01 Périapicale	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
	02 Interproximale	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
	03 Orthopantomographie	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
	04 Tomodensitométrie	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
	05 Autres radiographies	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
	06 Photographies	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
<b>625</b>	<b>Précisions complémentaires</b>										
	01 État du corps										
	02 Autres informations										

<b>Renseignements enregistrés par</b>	<i>Signature / Date</i>
Titre / Grade : Nom : Adresse : Téléphone / E-mail :	

Lieu de la catastrophe: ..... N° PM: .....

Nature de la catastrophe: .....

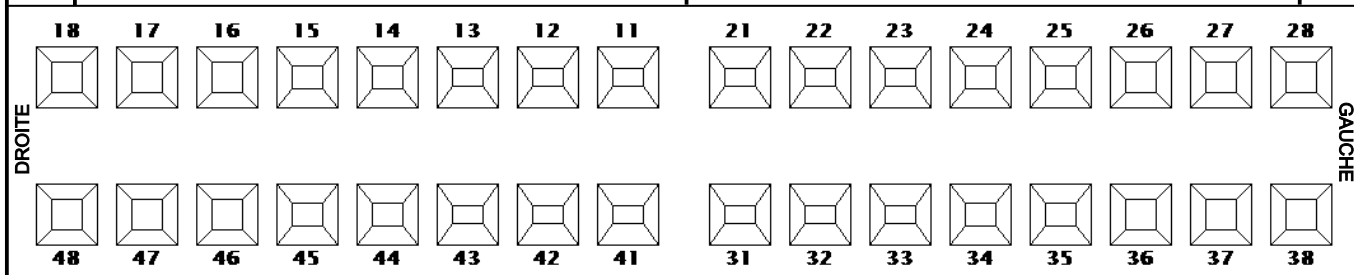
Date de la catastrophe: Jour Mois Année Homme Femme Autre(s) Inconnu

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

**ODONTOLOGIE**

630 Résultats 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 Renseignements particuliers 01 Préciser	1 <input type="checkbox"/> Couronne(s) 4 <input type="checkbox"/> Prothèse(s)	2 <input type="checkbox"/> Bridge(s) 5 <input type="checkbox"/> Autre(s)	3 <input type="checkbox"/> Implants	a	b	c
640 Autres observations 01 Préciser	1 <input type="checkbox"/> Occlusion 4 <input type="checkbox"/> Surnuméraires	2 <input type="checkbox"/> Attrition 5 <input type="checkbox"/> Taches	3 <input type="checkbox"/> État du parodonte 6 <input type="checkbox"/> Autre(s)			
645 Type de dentition 01 Dentition	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 en années)	Min _____ an(s) / Max _____ an(s)	Min _____ mois / Max _____ mois				
650 Contrôle qualité 1er dentiste légiste  2ème dentiste légiste (si présent)	Date: _____ Nom du 1er dentiste: _____	Signature: _____				
	Date: _____ Nom du 2ème dentiste: _____	Signature: _____				

Renseignements enregistrés par	Titre / Grade : Nom : Adresse : Téléphone / E-mail :	Signature / Date
--------------------------------	---	------------------







Lieu de la catastrophe: .....					N° PM: .....				
Nature de la catastrophe: .....									
Date de la catastrophe:			Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre(s)	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)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (s'ils se rapportent à des données notées précédemment, indiquer le numéro du champ)		
700	1 N° champ	2 Description
705		

Renseignements complémentaires (700)

1  Non

2  Oui

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

Nature de la catastrophe: .....

Date de la catastrophe: 

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

Homme 
Femme 
Autre(s) 
Inconnu

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

805 ANNEXE ADN			a	b	c
810	Laboratoire d'analyse	Nom: _____ E-mail: _____ Adresse: _____ Ville: _____ Date prélèvement: _____			
815	Norme(s) utilisée(s) dans le laboratoire	Agrément: _____ Non agréé 1 <input type="checkbox"/>			
820	Kit(s) STR utilisé(s)	Nom(s) du(des) kit(s) utilisé(s): _____			
825	ADN	Restes humains	Restes humains		
	VWA				
	TH01				
	D21S11				
	FGA				
	D8S1179				
	D3S1358				
	D18S51				
	Amélogénine				
	TPOX				
	CSF1PO				
	D13S317				
	D7S820				
	D5S818				
	D16S539				
	D2S1338				
	D19S433				
	Penta D				
	Penta E				
	D1S1656				
D2S441					
D10S1248					
D22S1045					
D12S391					
SE33					
D6S1043					
Toute information autre que les marqueurs précédemment cités doit être ajoutée dans la troisième colonne, à la page 700 Renseignements complémentaires					
830					Page supplémentaire pour le profil génétique (805-825) 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui

<b>Renseignements enregistrés par</b> Titre / Grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone / E-mail : _____	Signature / Date : _____
--	--------------------------



Lieu de la catastrophe: .....

N° PM: .....

Nature de la catastrophe: .....

Date de la catastrophe: 

Jour	Mois	Année

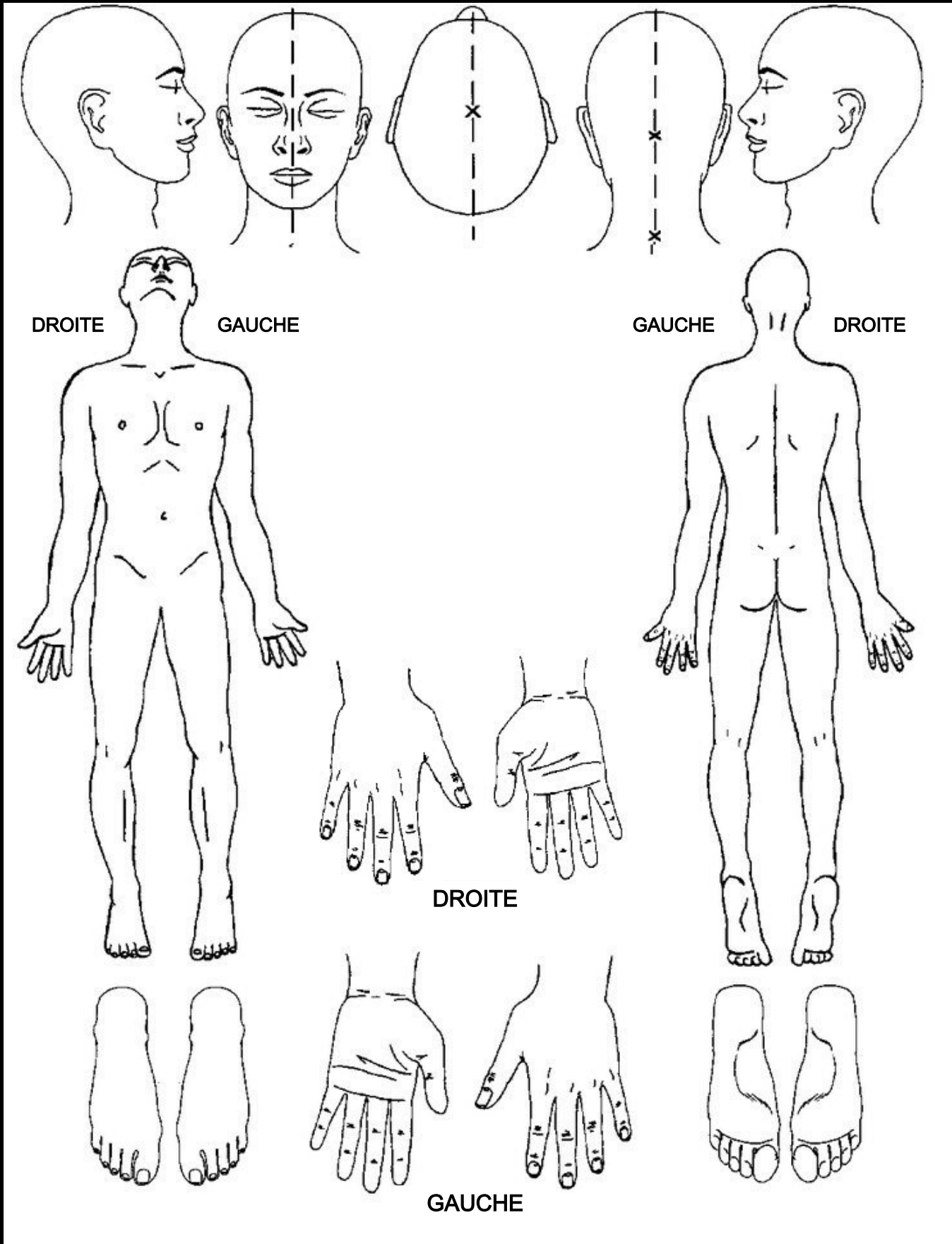
Homme	Femme	Autre(s)	Inconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

835 ANNEXE SCHÉMA DU CORPS (facultatif)



Lieu de la catastrophe: .....

N° PM: .....

Nature de la catastrophe: .....

Date de la catastrophe: 

Jour	Mois	Année

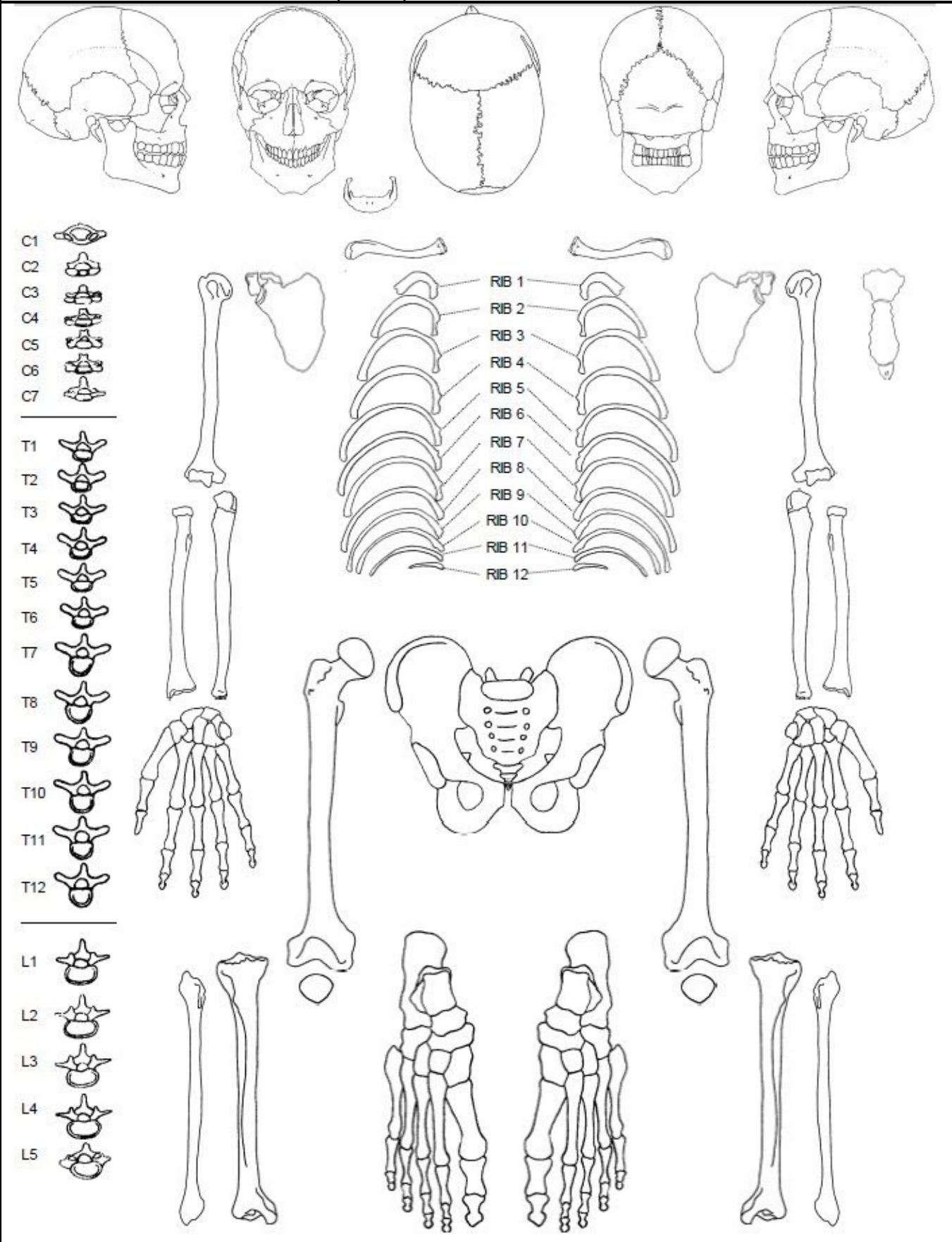
Homme	Femme	Autre(s)	Inconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

840 ANNEXE - SCHÉMA DU SQUELETTE (facultatif)



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

Nature de la catastrophe: .....

Date de la catastrophe: 

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

<i>Jour</i>	<i>Mois</i>	<i>Année</i>	<i>Homme</i>	<i>Femme</i>	<i>Autre(s)</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"/>

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

850 ANNEXE - DOSSIER D'EXAMEN RADIOLOGIQUE (facultatif)				a	b	c	
852	Méthode	<i>Radiographie</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Tomodensitométrie</i> 2 <input type="checkbox"/>	<i>Fluoroscopie</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Autre(s) (préciser)</i> 4 <input type="checkbox"/> _____		
854	Difficultés 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>Mixtes</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Indéterminés</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 isolées (préciser):</i> 3 <input type="checkbox"/> _____			
860	Maladies	<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	Implants	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Oui (préciser ci-dessous)</i> 2 <input type="checkbox"/> _____				
866	Constatations médico-légales d'intérêt	<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	Précisions complémentaires						
872	Images associées	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Oui (préciser)</i> 2 <input type="checkbox"/> _____				

<b>Renseignements enregistrés par</b> Titre / Grade : _____ Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone / E-mail : _____	Signature / Date : _____
--	--------------------------