

Lieu de la catastrophe: _____ **N° PM :** _____

Nature de la catastrophe: _____

Date de la catastrophe: Jour Mois Année

Homme Femme 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	
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	Impossible	Oui par :				
	01 Doigt(s)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> _____				
	02 Paume(s)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> _____				
165	03 Pied(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Impossible 2 <input type="checkbox"/>	Oui par : 3 <input type="checkbox"/> _____				
	170	Examen	Non	Oui	Images (préciser) :			
		01 Examen externe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> _____			
02 Autopsie partielle		Non 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°							
	Code postal / Ville							
	État / Pays							
	Téléphone / e-mail							
175	Examen dentaire	Non	Oui	Images (préciser dans le champ 615)				
	01 Terminé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>				
	02 Odontologue (nom)							
	Rue / N°							
	Code postal / Ville							
	État / Pays							
	Téléphone / e-mail							
180	Prélèvements effectués	Non	Oui	ADN	Tox. (si besoin)			
	01 Par le médecin légiste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>			
	Voir 545							
	02 Par l'odontologue	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	ADN 3 <input type="checkbox"/>				
	Voir 610							

LISTE DES DONNÉES	Joint complet	Non disponible	Observations
Données administratives (champs 1xx)			
Effets personnels (champs 3xx)			
Description du corps (champs 4xx)			
Pathologie (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 Inconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

EFFETS PERSONNELS							a	b	c		
300 Vêtements	N° : 1	Type	2	Couleur	3	Marque	4	Matière			
	Tête et cou										
	101 Coiffure										
	102 Écharpe										
	103 Cravate										
	199 Autre										
	Partie supérieure du corps et bras										
	201 Chemisier										
	202 Bretelles										
	203 Soutien-gorge										
	204 Gilet										
	205 Manteau										
	206 Gants										
	207 Pardessus										
	208 Pull-over										
	209 Chemise										
	210 Tee-shirt										
	211 Tricot de corps										
	212 Gilet sans manches										
	299 Autre										
	Bas du corps et jambes										
	301 Ceinture										
	302 Short										
303 Jupe											
304 Chaussettes											
305 Bas											
306 Maillot de bain											
307 Collants											
308 Pantalon											
309 Sous-vêtements											
399 Autre											
Corps entier											
401 Combinaison											
402 Robe											
403 Vêtement religieux / culturel / traditionnel											
404 Uniforme											
499 Autre											
Si la réponse est « x99 Autre », merci de renseigner la colonne 1 « Type ».											
305 Chaussures	N° : 1	Type	2	Couleur	3	Marque	4	Matière			
	01 Bottes										
	02 Chaussures ouvertes										
	03 Chaussures										
	99 Autre										
Décrire le type de chaussure dans la colonne « 1 Type », par exemple : chaussures de sport, sandales.											

Veillez utiliser uniquement les couleurs suivantes : blanc, bleu, gris, jaune, marron, noir, orange, rose, rouge, vert, violet, inconnu.

Renseignements recueillis 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 Inconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

EFFETS PERSONNELS								a	b	c	
310 Montre	N° : 1	2	3	4	5						
	01 À affichage numérique										
	02 Analogique										
	03 Numérique / analogique										
	04 Montre bracelet portée à	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>						
	05 Bracelet / chaîne de montre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>						
06 Autre type de montre	Portée à : _____										
315 Lunettes	1	2	3	4	5						
	01 Monture										
	02 Verres	À teinte variable Teintés 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Non 3 <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : _____									
	03 Forme des verres	Ronds 1 <input type="checkbox"/> Ovale 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"/>									
	04 Matériau / type de verres	Verre 1 <input type="checkbox"/> Polycarbonate 2 <input type="checkbox"/> Double foyer 3 <input type="checkbox"/> Progressifs 4 <input type="checkbox"/>									
05 Lieu de la découverte	Préciser : _____										
320 Lentilles de contact	Non 1 <input type="checkbox"/>		Oui (préciser si elles sont colorées) : _____								
325 Prothèse(s) auditive(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>		Oui (préciser) : _____			N° de série : _____					
330 Prothèse(s) externe(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>		Oui (préciser) : _____			N° de série : _____					
335 Bijou(x)	N° : 1	2	3	4	5						
	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 « x99 Autre », merci de renseigner la colonne 1 « Type ».											

Veuillez utiliser uniquement les couleurs suivantes : blanc, bleu, gris, jaune, marron, noir, orange, rose, rouge, vert, violet, inconnu.

Renseignements Titre / Grade :	Signature / Date
recueillis par Nom :	
Adresse :	
Téléphone / e-mail :	

Lieu de la catastrophe: _____

N° PM : _____

Nature de la catastrophe: _____

Date de la catastrophe: Jour Mois Année

Homme Femme Inconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

EFFETS PERSONNELS								a	b	c
340 Pièce(s) d'identité 01 Carte(s) bancaire(s) 02 Permis de conduire 03 Carte d'identité 04 Passeport 99 Autre Si la réponse est « 99 Autre », merci de renseigner la colonne 3 « Détails ».	N° :	1 Nationalité	2 Numéro	3 Détails	4 Biométrie	5 Puce				
345 Effets personnels 01 Badge(s) / clé(s) 02 Sac-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	4 Matière	5 N° de série	6 Inscriptions			
350 Appareil(s) électronique(s) 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	4 Matière	5 N° de série	6 Inscriptions			

Veuillez utiliser uniquement les couleurs suivantes : blanc, bleu, gris, jaune, marron, noir, orange, rose, rouge, vert, violet, inconnu.

Renseignements recueillis 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 Inconnu

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
	Tête et cou			3
	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			
	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			
	N° : 4	Marque(s) cutanée(s)	5	6
			Malformation(s)	Amputation(s)
408	Taille	Min. _____ cm / Max. _____ cm	Min. _____ pieds _____ pouces / Max. _____ pieds _____ pouces	
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 (préciser) : 10 <input type="checkbox"/> _____		
	04 Couleur naturelle	Blond 1 <input type="checkbox"/> Châtain 2 <input type="checkbox"/> Noir 3 <input type="checkbox"/> Roux 4 <input type="checkbox"/>		
		Gris 5 <input type="checkbox"/> Blanc 6 <input type="checkbox"/> Poivre et sel 7 <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser) : 8 <input type="checkbox"/> _____		
	05 Calvitie	Partielle 1 <input type="checkbox"/> Totale 2 <input type="checkbox"/> Frontale 3 <input type="checkbox"/> Latérale 4 <input type="checkbox"/> Tonsure 5 <input type="checkbox"/>		
	06 Particularité(s)	Décrire (utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : _____		

Renseignements Titre / Grade : _____ recueillis par 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 Inconnu

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 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>			
428	Yeux 01 Couleur (Gauche et Droite) 02 Particularité(s)	Bleu 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D Noir 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D Strabisme conv. 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Gris 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D Noisette 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D Strabisme div. 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Vert 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D Bordeaux 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D Oeil artificiel 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D	Marron 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D Rose 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G D Autre(s) (préciser) : 5 <input type="checkbox"/>	
432	Nez 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>			
436	Pilosité faciale 01 Type 02 Couleur	Glabre 1 <input type="checkbox"/>	Moustache 2 <input type="checkbox"/>	Bouc 3 <input type="checkbox"/>	Favoris 4 <input type="checkbox"/>	Barbe 5 <input type="checkbox"/>
		Blond 1 <input type="checkbox"/>	Châtain 2 <input type="checkbox"/>	Noir 3 <input type="checkbox"/>	Roux 4 <input type="checkbox"/>	Autre (préciser à la page 700) 6 <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="checkbox"/>	
440	Oreilles 01 Lobes / percées 02 Particularité(s)	Attachés 1 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Oui	Percées - préciser le nombre de trous 3 <input type="checkbox"/> Gauche 4 <input type="checkbox"/> Droite		
		Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>			
444	Bouche / dents 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>			
448	Lèvres 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>			
452	Menton 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>			
456	Cou 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>			
460	Mains / ongles 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>			
464	Pieds / ongles 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>			
468	Pilosité corps / pubis 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>			
472	Circoncision	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>			
476	Ascendance	Européenne 1 <input type="checkbox"/> Blanc	Africaine 2 <input type="checkbox"/> Noir	Asiatique 3 <input type="checkbox"/>	Autre(s) 4 <input type="checkbox"/>	
		Mixte (préciser) : 5 <input type="checkbox"/>				

Renseignements Titre / Grade :	Signature / Date
recueillis par Nom :	
Adresse :	
Téléphone / e-mail :	

Lieu de la catastrophe: _____ N° PM : _____

Nature de la catastrophe: _____

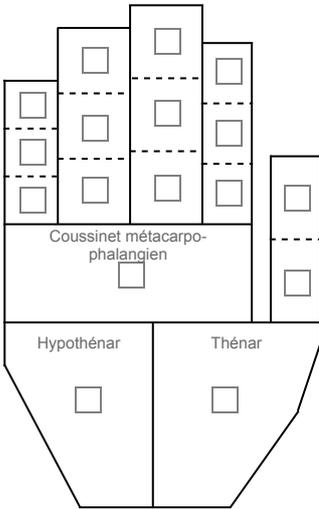
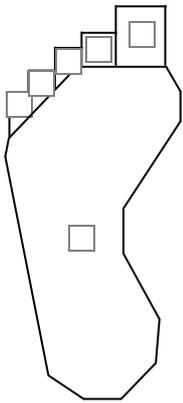
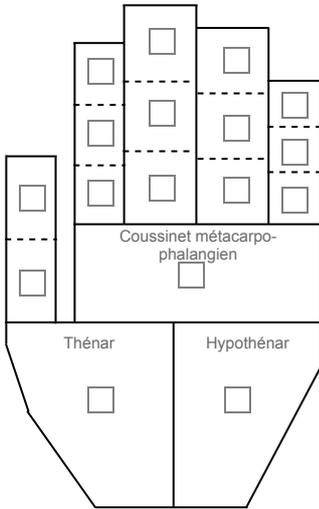
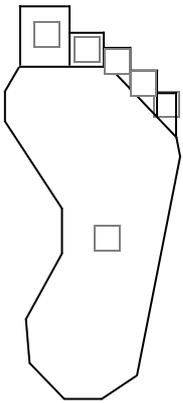
Date de la catastrophe: Jour Mois Année

Homme Femme 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
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	Empreintes relevées à l'aide de	<i>Poudre noire et adhésif</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Photo</i> 3 <input type="checkbox"/>	<i>Encre</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Autre(s) (préciser) :</i> 4 <input type="checkbox"/> _____	
496	Provenance des empreintes	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>GAUCHE</p>  </div> <div style="text-align: center;">  <p>DROITE</p>  </div> </div> <p style="text-align: center;">Assombrir les parties correspondant aux empreintes prises</p>		

Renseignements Titre / Grade : _____ recueillis par 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* *Inconnu*

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

DONNÉES MÉDICO-LÉGALES			a	b	c
510 Examen interne	N° : 1	<i>Préciser</i>			
	Tête				
	01 Cerveau				
	02 Cou				
	03 Crâne				
	04 Autre				
	Poitrine				
	10 Cœur / Vaisseaux				
	11 Poumons				
	12 Thorax / Côtes / Sternum				
	13 Autre				
	Abdomen				
	20 Appendice				
	21 Intestins				
	22 Estomac				
	23 Autre				
	Autres organes internes				
	30 Surrénales / Pancréas / Rate				
	31 Organes génitaux				
	32 Reins / Uretères / Vessie				
	33 Foie / Vésicule biliaire				
	Squelette / tissus mous				
	40 Membre inf. gauche				
41 Membre sup. gauche					
42 Bassin					
43 Membre inf. droit					
44 Membre sup. droit					
45 Autres os					
46 Tissus mous, autres emplacements					
47 Colonne vertébrale					
Divers					
50 Pathologie visible (maladie cardiaque, cancer, etc.)					
51 Fracture(s) guérie(s)					
52 Opération(s)					
Pour les femmes					
60 Accouchement(s)					
61 Hystérectomie(s)					
62 Dispositif intra-utérin					
63 Grossesse					
515 Implant(s)	N° : 1	<i>Préciser</i>	2	<i>N° de série</i>	
	01 Implant(s) mammaire(s)				
	02 Stimulateur cardiaque				
	03 Pompe à insuline				
	04 Autre(s) implant(s)				

Renseignements recueillis par	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 Inconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

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

Renseignements Titre / Grade : recueillis par 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* *Inconnu*

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

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

Renseignements recueillis 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 Inconnu

a = Données non disponibles

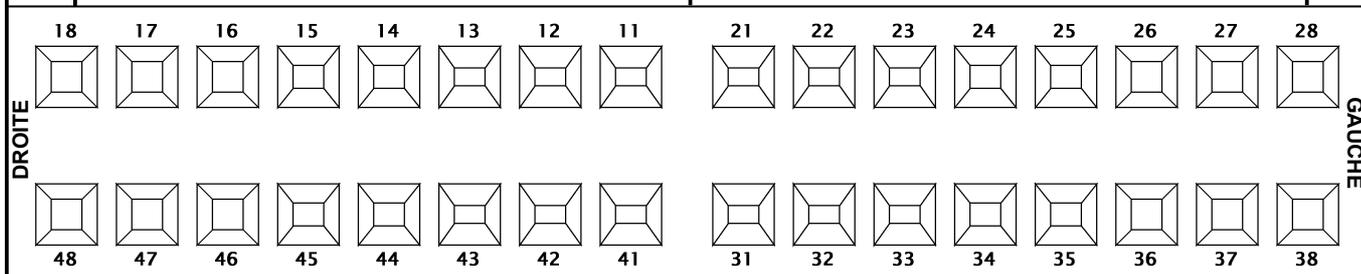
b = Pièce jointe

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)	2 <input type="checkbox"/> Bridge(s)	3 <input type="checkbox"/> Implant(s)	a	b	c
	4 <input type="checkbox"/> Prothèse(s)	5 <input type="checkbox"/> Autre(s)				
640 Autres observations 01 Préciser	1 <input type="checkbox"/> Occlusion	2 <input type="checkbox"/> Attrition	3 <input type="checkbox"/> État du parodonte			
	4 <input type="checkbox"/> Surnuméraires	5 <input type="checkbox"/> Taches	6 <input type="checkbox"/> Autre(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		
	Date : _____			Signature : _____		
650 Contrôle qualité 1er dentiste légiste	Nom du 1er dentiste : _____			Date : _____		
	Date : _____			Signature : _____		
650 Contrôle qualité 2ème dentiste légiste (le cas échéant)	Nom du 2ème dentiste : _____			Date : _____		
	Date : _____			Signature : _____		

Renseignements recueillis 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 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 du prélèvement : _____			
815	Norme(s) utilisée(s) dans le laboratoire	Agrément : _____ Non agréé <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>			
820	Kit(s) STR utilisé(s)	Nom(s) du(des) kit(s) utilisé(s) : _____			
825	ADN	Restes humains 1	Restes humains 2		
	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				

Renseignements recueillis 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

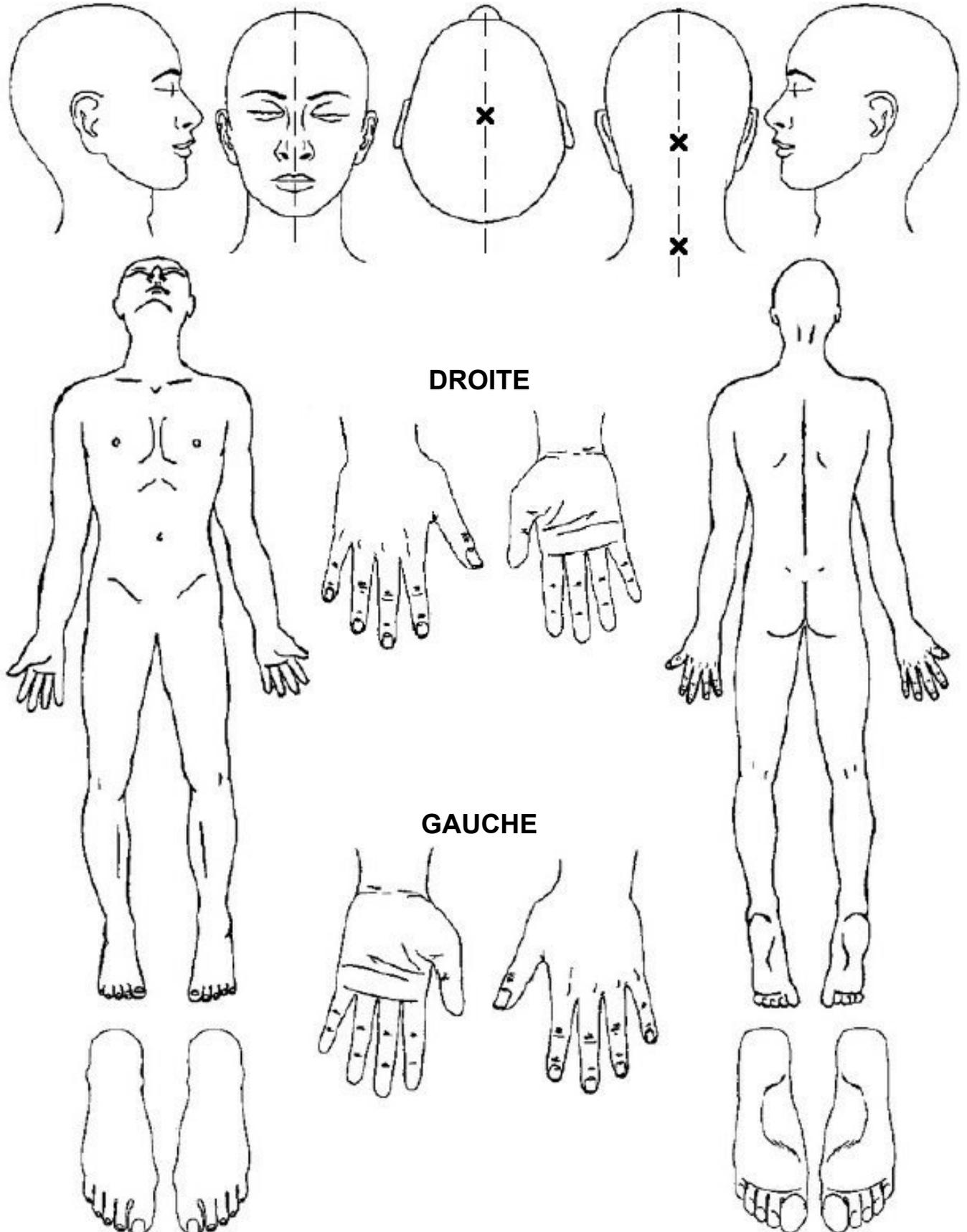
Année

Homme

Femme

Inconnu

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

Inconnu

840 ANNEXE - SCHÉMA DU SQUELETTE (facultatif)

