

**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
<b>150</b>	<b>Membre(s)</b>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (préciser) : 2 <input type="checkbox"/> _____				
<b>155</b>	<b>Photographie(s) prise(s)</b>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui par : 2 <input type="checkbox"/> _____				
<b>160</b>	<b>Effets personnels recueillis</b>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui par : 2 <input type="checkbox"/> _____				
<b>165</b>	<b>Relevé empreintes sur</b>	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"/> _____			
<b>170</b>	<b>Examen</b>	Non	Oui	Images (préciser) :			
	01 Examen externe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> _____			
	02 Autopsie partielle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> _____			
<b>175</b>	<b>Examen dentaire</b>	Non	Oui	Images (préciser dans le champ 615)			
	01 Terminé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
<b>180</b>	<b>Prélèvements effectués</b>	Non	Oui	ADN	Tox. (si besoin)		
	01 Par le médecin légiste Voir 545	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
	02 Par l'odontologiste Voir 610	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			

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		
<b>300 Vêtements</b>	<b>N° : 1</b>	<b>Type</b>	<b>2</b>	<b>Couleur</b>	<b>3</b>	<b>Marque</b>	<b>4</b>	<b>Matière</b>			
	<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 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 « x99 Autre », merci de renseigner la colonne 1 « Type ».											
<b>305 Chaussures</b>	<b>N° : 1</b>	<b>Type</b>	<b>2</b>	<b>Couleur</b>	<b>3</b>	<b>Marque</b>	<b>4</b>	<b>Matière</b>			
	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.

<b>Renseignements recueillis 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  Inconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

EFFETS PERSONNELS								a	b	c		
<b>310 Montre</b>	N° : 1	2	3	4	5							
	1 À affichage numérique		2 Analogique		3 Numérique / analogique							
	04 Montre bracelet portée à		05 Bracelet / chaîne de montre		06 Autre type de montre							
	Gauche		Droite		À l'extérieur		À l'intérieur					
	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>					
	Cuir		Métal		Caoutchouc		Autre(s) (préciser) :					
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>						
Portée à :												
<b>315 Lunettes</b>	1		2		3		4		5			
	1		2		3		4		5			
	01 Monture		02 Verres		03 Forme des verres		04 Matériau / type de verres		05 Lieu de la découverte			
	À teinte variable		Teintés		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/> Non		3 <input type="checkbox"/> Oui (préciser) :			
	Ronds		Ovales		Carrés		Semi-cerclés		Monture invisible		Cerclés	
	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>		6 <input type="checkbox"/>	
Verre		Polycarbonate		Double foyer		Progressifs		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		
1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>						
Préciser :												
<b>320 Lentilles de contact</b>	Non		Oui (préciser si elles sont colorées) :									
	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>									
<b>325 Prothèse(s) auditive(s)</b>	Non		Oui (préciser) :		N° de série :							
	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>									
	Non		Oui (préciser) :		N° de série :							
	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>									
<b>330 Prothèse(s) externe(s)</b>	Non		Oui (préciser) :		N° de série :							
	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>									
<b>335 Bijou(x)</b>	N° : 1	2	3	4	5							
	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.

<b>Renseignements</b> 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
<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	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	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.

<b>Renseignements recueillis 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  Inconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

DESCRIPTION (signalement)		a	b	c
<b>402</b>	<b>État du corps</b>	Complet 1 <input type="checkbox"/>	Incomplet 2 <input type="checkbox"/>	
<b>404</b>	<b>Signes particuliers</b>	<b>N° : 1</b>	<b>Cicatrice(s)</b>	<b>2</b>
				<b>Piercing(s)</b>
				<b>3</b>
				<b>Tatouage(s)</b>
	<b>Tête et cou</b>			
	01 Tête			
	02 Cou			
	<b>Torse</b>			
	03 Torse : face antérieure			
	04 Torse : face postérieure			
	05 Parties génitales			
	06 Fesses			
	<b>Membres supérieurs</b>			
	07 Bras droit			
	08 Bras gauche			
	09 Avant-bras droit			
	10 Avant-bras gauche			
	11 Main droite			
	12 Main gauche			
	<b>Membres inférieurs</b>			
	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			
		<b>N° : 4</b>	<b>Marque(s) cutanée(s)</b>	<b>5</b>
				<b>Malformation(s)</b>
				<b>6</b>
				<b>Amputation(s)</b>
<b>408</b>	<b>Taille</b>	Min. _____ cm / Max. _____ cm	Min. _____ pieds _____ pouces / Max. _____ pieds _____ pouces	
<b>412</b>	<b>Poids</b>	Min. _____ kg / Max. _____ kg	Min. _____ livres / Max. _____ livres	
<b>416</b>	<b>Corpulence</b>	Mince 1 <input type="checkbox"/> Moyenne 2 <input type="checkbox"/> Forte 3 <input type="checkbox"/>		
<b>420</b>	<b>Cheveux</b>	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) : _____		

<b>Renseignements</b> 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				
<b>424</b>	<b>Sourcils</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>							
<b>428</b>	<b>Yeux</b> 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"/>					
<b>432</b>	<b>Nez</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>							
<b>436</b>	<b>Pilosité faciale</b> 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"/>	Autre (préciser à la page 700) 6 <input type="checkbox"/>			
<b>440</b>	<b>Oreilles</b> 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					
<b>444</b>	<b>Bouche / dents</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>							
<b>448</b>	<b>Lèvres</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>							
<b>452</b>	<b>Menton</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>							
<b>456</b>	<b>Cou</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>							
<b>460</b>	<b>Mains / ongles</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>							
<b>464</b>	<b>Pieds / ongles</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>							
<b>468</b>	<b>Pilosité corps / pubis</b> 01 Particularité(s)	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui (décrire et utiliser la page « Rens. compl. » (700) pour des précisions) : 2 <input type="checkbox"/>							
<b>472</b>	<b>Circoncision</b>	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>							
<b>476</b>	<b>Ascendance</b>	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"/>				

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

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

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

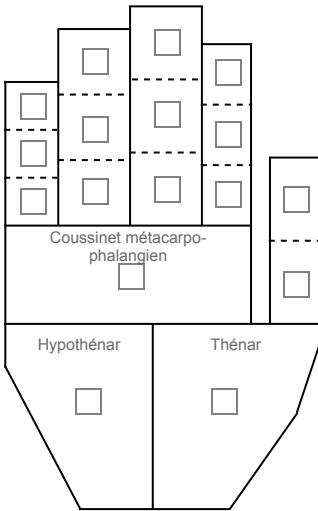
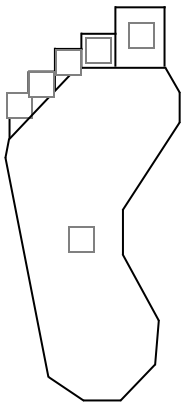
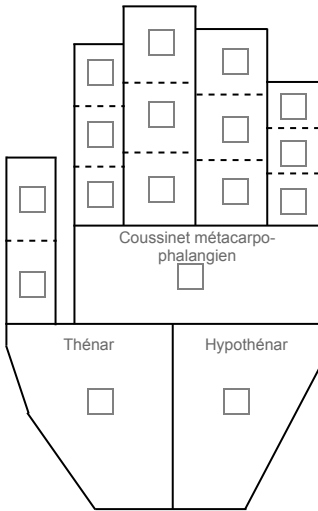
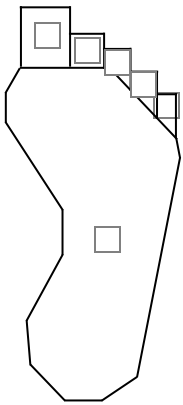
Date de la catastrophe:   Jour   Mois    Année

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><b>GAUCHE</b></p>  </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>DROITE</b></p>  </div> </div> <p style="text-align: center;">Assombrir les parties correspondant aux empreintes prises</p>		

<b>Renseignements</b> 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
<b>510 Examen interne</b>	<b>N° :</b> 1	<i>Préciser</i>			
	<b>Tête</b>				
	01 Cerveau				
	02 Cou				
	03 Crâne				
	04 Autre				
	<b>Poitrine</b>				
	10 Cœur / 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					
47 Colonne vertébrale					
<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					
<b>515 Implant(s)</b>	<b>N° :</b> 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)				

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



<b>Lieu de la catastrophe:</b> _____	<b>N° PM :</b> _____
-----	
<b>Nature de la catastrophe:</b> _____	Homme    Femme    Inconnu
<b>Date de la catastrophe:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Jour <input type="text"/> <input type="text"/> Mois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année	<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)

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

<b>Renseignements</b> Titre / Grade : _____	<b>Signature / Date</b> _____
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)

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"/>	<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)												
<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 num.</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 recueillis par</b>	<i>Titre / Grade</i> :	<i>Signature / Date</i>
	<i>Nom</i> :	
	<i>Adresse</i> :	
	<i>Téléphone / e-mail</i> :	

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

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

Date de la catastrophe:   Jour   Mois    Année

Homme  Femme  Inconnu

a = Données non disponibles

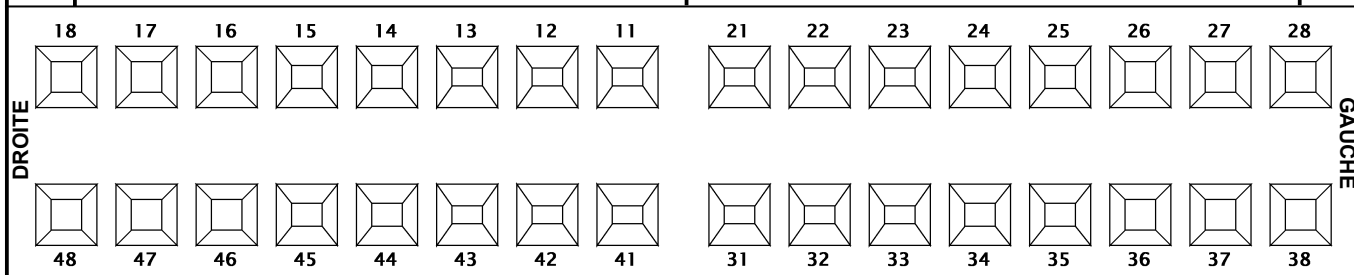
b = Pièce jointe

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

<b>635 Renseignements particuliers</b> 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)				
<b>640 Autres observations</b> 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)			
<b>645 Type de dentition</b> 01 Dentition	1 <input type="checkbox"/> Dentition primaire	2 <input type="checkbox"/> Dentition mixte	3 <input type="checkbox"/> Dentition permanente			
<b>647 Évaluation de l'âge</b> 01 Âge (en mois ou en années)	Min. _____ an(s) / Max. _____ an(s)	Min. _____ mois / Max. _____ mois				
<b>650 Contrôle qualité</b> 1er dentiste légiste	Date :	Signature :				
	Nom du 1er dentiste :					
2ème dentiste légiste (le cas échéant)	Date :	Signature :				
	Nom du 2ème dentiste :					

<b>Renseignements recueillis 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  Inconnu

a = Données non disponibles

b = Pièce jointe

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

805 ANNEXE ADN			a	b	c
810	<b>Laboratoire d'analyse</b>	Nom : _____ e-mail : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Date du prélèvement : _____			
815	<b>Norme(s) utilisée(s) dans le laboratoire</b>	Agrément : _____ Non agréé <input type="checkbox"/>			
820	<b>Kit(s) STR utilisé(s)</b>	Nom(s) du(des) kit(s) utilisé(s) : _____			
825	<b>ADN</b>	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				
<i>Toute information autre que les marqueurs précédemment cités doit être ajoutée dans la troisième colonne, à la page 700 « Renseignements complémentaires ».</i>					
830	Page supplémentaire pour le profil génétique (805 - 825) 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui				

<b>Renseignements recueillis 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

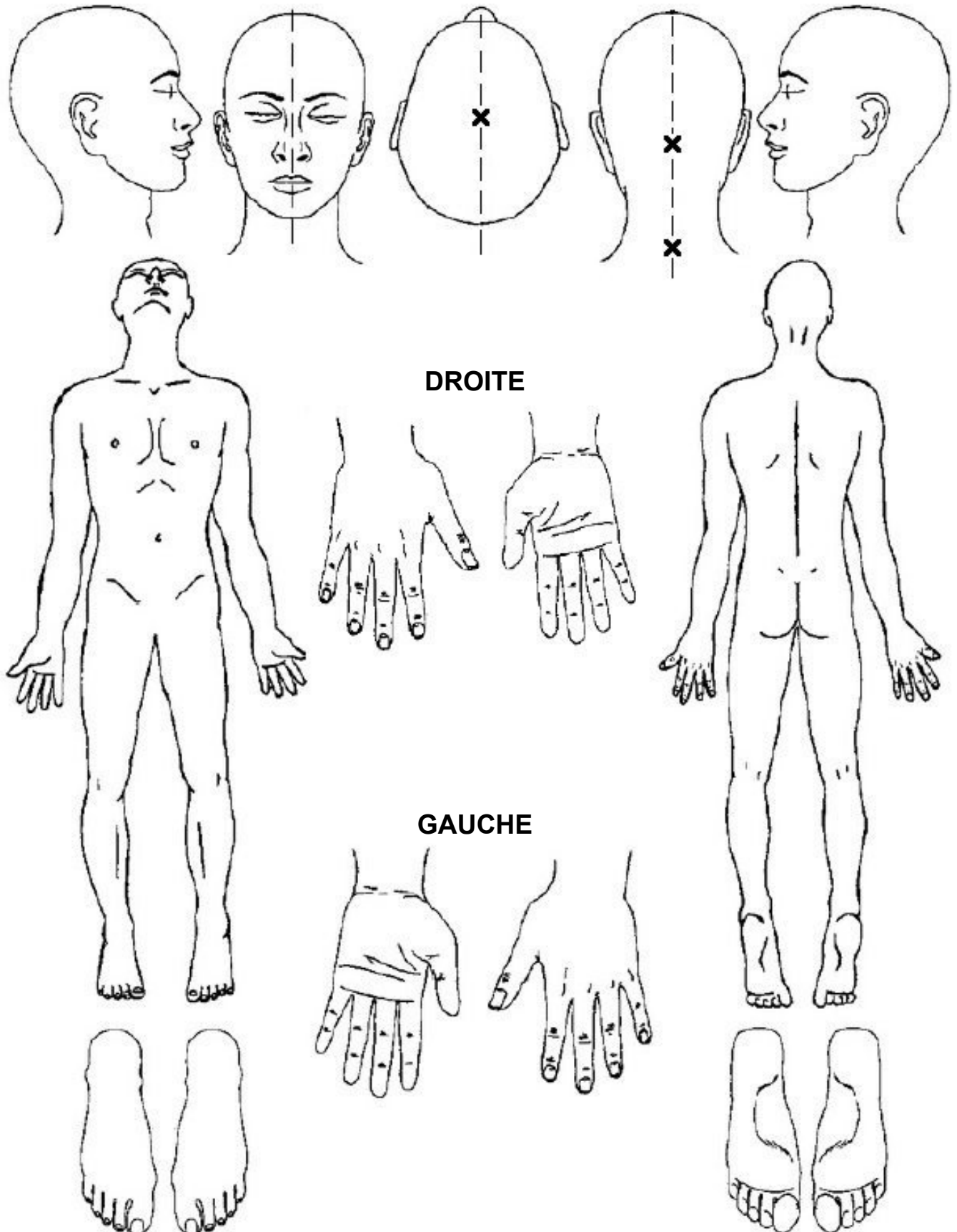
Année

Homme

Femme

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)

