

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

## CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

**ATTENTION** pour toute situation nécessitant la collaboration de l'équipe clinique de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU), vous devez utiliser le formulaire CN00041 Constat de décès à distance Unité coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence.

### EXAMEN PHYSIQUE

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm

Type de décès  Décès prévisible et attendu  Mort suspecte

#### Signes vitaux et neurologiques

- Aucune réponse à la stimulation
- Absence de pouls
- Absence de tension artérielle
- Absence de respiration
- Non réactivité des pupilles

#### Rigidité

Mâchoire	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence
Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence
Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Présence

#### Signes de traumatisme(s) Cocher et préciser ci-dessous

- Lacération(s) Préciser \_\_\_\_\_
- Abrasion(s) Préciser \_\_\_\_\_
- Plaie(s) Préciser \_\_\_\_\_
- Plaie pénétrante(s) Préciser \_\_\_\_\_
- Déformation(s) Préciser \_\_\_\_\_
- Œdème localisé Préciser \_\_\_\_\_
- Autres(s) Préciser \_\_\_\_\_

#### Lividité

Absence  Présence Site \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm Infirmière

Nom :

N° dossier :

### INFORMATIONS PRÉALABLES AU CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

L'infirmière prépare les informations suivantes afin de les transmettre au médecin :

- Lieu du décès : Adresse de l'établissement et son code d'installation.
- L'identification complète de la personne décédée tel que demandé sur le Bulletin de décès SP-3.
- Présence d'autorisation pour le don de tissus  Oui  Non
- Informations cliniques pertinentes relevées au dossier de l'utilisateur.

### CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

- Cause du décès établie par le médecin  Oui  Non\* Nom du médecin \_\_\_\_\_
- Début le SP-3 et complète les sections lieu de décès, identification, état civil ainsi que la disposition du corps dans le système d'information des événements démographiques (SIED).
  - Numéro de formulaire de SP-3 \_\_\_\_\_
- Transmet au médecin le numéro de formulaire du SP-3 lors de l'appel au médecin pour faciliter la recherche du SP-3 dans le SIED.
- Une fois complété et signé, imprime le bulletin de décès SP-3 informatisé afin de l'archiver au dossier de l'utilisateur.
- Cause probable de décès inscrite sur le bulletin de décès SP-3 \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm Infirmière

\* Fin du protocole. Ne pas compléter les autres sections du formulaire. Préciser dans une note d'évolution.

### COMMUNICATION À LA FAMILLE

- Transmet le nom du médecin ayant effectué le constat de décès ainsi que la cause probable du décès à la famille.

Nom et prénom \_\_\_\_\_ Lien avec l'utilisateur \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm Infirmière

### MAISON FUNÉRAIRE

- Maison funéraire contactée.

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm Infirmière

### DISPOSITION DU CORPS PAR LA MAISON FUNÉRAIRE

- Copie du bulletin de décès SP-3 remise à la maison funéraire au besoin.
- Carte d'assurance maladie remise à la maison funéraire.
- Départ de la maison funéraire avec le défunt.

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm Infirmière