

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)

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 Odontologiste (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	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	ADN 3 <input type="checkbox"/>	Tox. (si besoin) 4 <input type="checkbox"/>		
	Voir 545						
	02 Par l'odontologiste	Non 1 <input type="checkbox"/>	Oui 2 <input type="checkbox"/>	ADN 3 <input type="checkbox"/>			
	Voir 610						

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					
300 Vêtements	N°: 1	Type/style	2	Couleur dominante	3	Marque	4	Matière	5	Taille			
	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 Veste/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 « 99 Autre », merci de renseigner la colonne 1 « Type/style ».													
305 Chaussures	N°: 1	Type/style	2	Couleur dominante	3	Marque	4	Matière	5	Taille			
	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.

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="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	Montre 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	Lunettes 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	Lentilles de contact	1	Non		Oui (préciser si elles sont colorées):							
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>								
325	Prothèse(s) auditive(s) 01 À gauche 02 À droite	1	Non	Oui (préciser):		N° de série :						
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>								
330	Prothèse(s) externe(s)	1	Non	Oui (préciser):		N° de série :						
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>								
335	Bijou(x) 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.

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)

EFFETS PERSONNELS							a	b	c
340 Pièce(s) d'identité	N°:	1 Nationalité	2 Numéro	3 Détails	4 Biométrie	5 Puce			
	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".									
345 Effets personnels	N°:	1 Marque	2 Modèle	3 Couleur dominante	4 Matière	5 N° de série	6 Inscriptions		
	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".									
350 Appareil(s) électronique(s)	N°:	1 Marque	2 Modèle	3 Couleur dominante	4 Matière	5 N° de série	6 Inscriptions		
	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".									

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

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="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)

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

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)	<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"/>																					
428 Yeux 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> </table> <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>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>																			
432 Nez 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"/>																					
436 Pilosité faciale 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"/>																			
440 Oreilles 01 Lobes / percées 02 Particularité(s)	<i>Attachés</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Non</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> 3 <input type="checkbox"/> <i>Percées - préciser le nombre de trous</i> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><i>Gauche</i></td> <td style="width: 50%;"><i>Droite</i></td> </tr> </table> <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>Gauche</i>	<i>Droite</i>																			
<i>Gauche</i>	<i>Droite</i>																					
444 Bouche/dents 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"/>																					
448 Lèvres 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"/>																					
452 Menton 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"/>																					
456 Cou 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"/>																					
460 Mains/ongles 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"/>																					
464 Pieds/ongles 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"/>																					
468 Pilosité corps/pubis 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"/>																					
472 Circoncision	<i>Non</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> 2 <input type="checkbox"/>																					
476 Ascendance	<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> </table> <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>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"/>																			

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

Lieu de la catastrophe: N° PM:

Nature de la catastrophe:

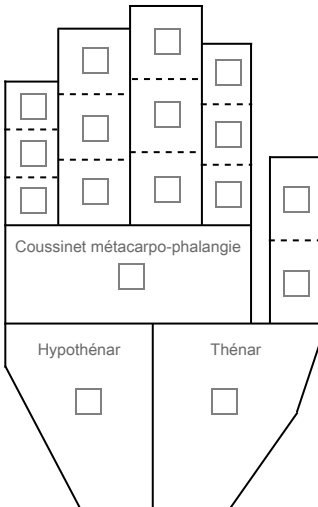
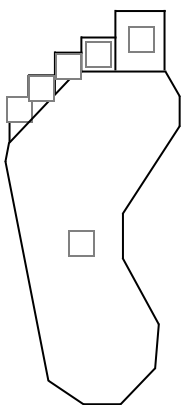
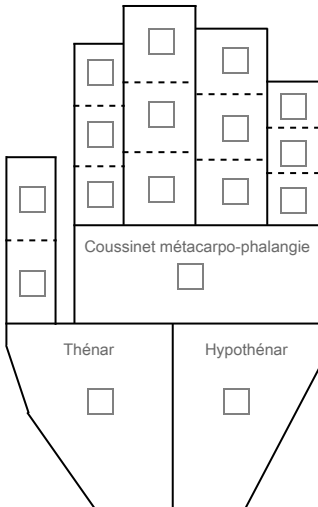
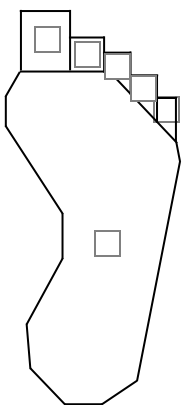
Date de la catastrophe:

--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

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 <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <i>Épiderme</i> 1 <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <i>Derme</i> 2 <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	<i>Épiderme</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Derme</i> 2 <input type="checkbox"/>			
<i>Épiderme</i> 1 <input type="checkbox"/>	<i>Derme</i> 2 <input type="checkbox"/>					
488	Procédé utilisé pour prendre les empreintes <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <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"/> _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <i>Technique de l'eau bouillante</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Agent de moulage à base de silicone</i> 4 <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	<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"/>			
<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 <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <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"/> _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <i>Encre</i> 2 <input type="checkbox"/> <i>Photo</i> 4 <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	<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"/>			
<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 <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; margin-top: 20px;">ASSOMBRIR LES PARTIES CORRSPONDANT AUX EMPREINTES PR</p>					

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

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

DONNEES MEDICOLEGALES				a	b	c	
510 Examen interne Tête 01 Cerveau 02 Cou 03 Crâne 04 Autre Poitrine 10 Coeur / 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 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	N°: 1	<i>Préciser</i>					
	515 Implants 01 Implant(s) mammaire(s) 02 Stimulateur cardiaque 03 Pompe à insuline 04 Autre(s) implant(s)	N°: 1	<i>Préciser</i>	2	<i>N° de série</i>		

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="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)

DONNEES MEDICOLEGALES			a	b	c
520	Prothèse(s)	Non <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Oui (préciser): <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> N° de série :			
525	Autres appareils artificiels	Non <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Oui (préciser): <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 Max an(s) / an(s) Min Max mois / mois Préciser:			
545	Échantillons ADN prélev Nombre d'échantillons	Os <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Dentition <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Muscle <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser): 5 <input type="checkbox"/>			
	Type	Prélèvement de : Cellules buc. <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Tissu <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>			
	État	Frais <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Légèrement <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> décompos Modérément <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> décompos Très <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> décompos Squelette <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Brûlé <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
	Nombre d'échantillons	Os <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Dentition <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Muscle <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser): 5 <input type="checkbox"/>			
Type	Prélèvement de : Cellules buc. <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Tissu <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>				
État	Frais <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Légèrement <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> décompos Modérément <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> décompos Très <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> décompos Squelette <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Brûlé <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>				
550	Éléments d'identification complémentaires				

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)

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 numériques</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 enregistrés 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:

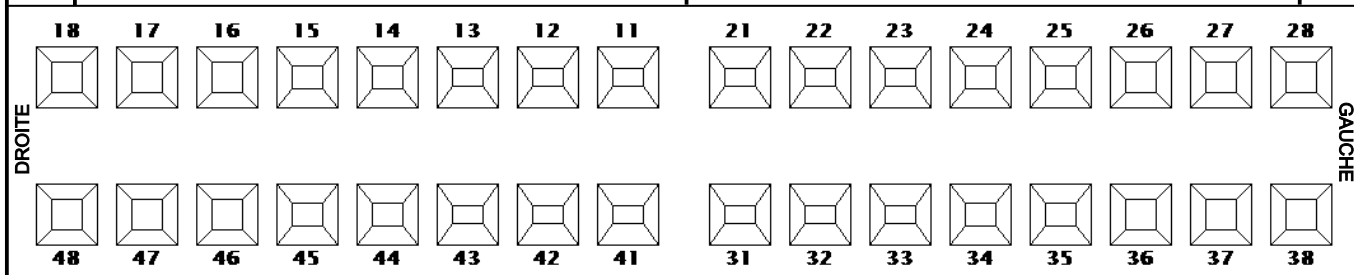
Jour	Mois	Année	Homme	Femme	Autre(s)	Inconnu
□□	□□	□□□□	□	□	□	□

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) 2 <input type="checkbox"/> Bridge(s) 3 <input type="checkbox"/> Implants 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				
650 Contrôle qualité 1er dentiste légiste	Date: _____	Signature: _____			
	Nom du 1er dentiste: _____				
2ème dentiste légiste (si présent)	Date: _____	Signature: _____			
	Nom du 2ème dentiste: _____				

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

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 style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" 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
700	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	

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)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (s'ils se rapportent à des données notées précédemment, indiquer le numéro du champ)

Table with 2 columns: 1 N° champ, 2 Description. The table body is mostly empty with horizontal dashed lines for text entry.

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				

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

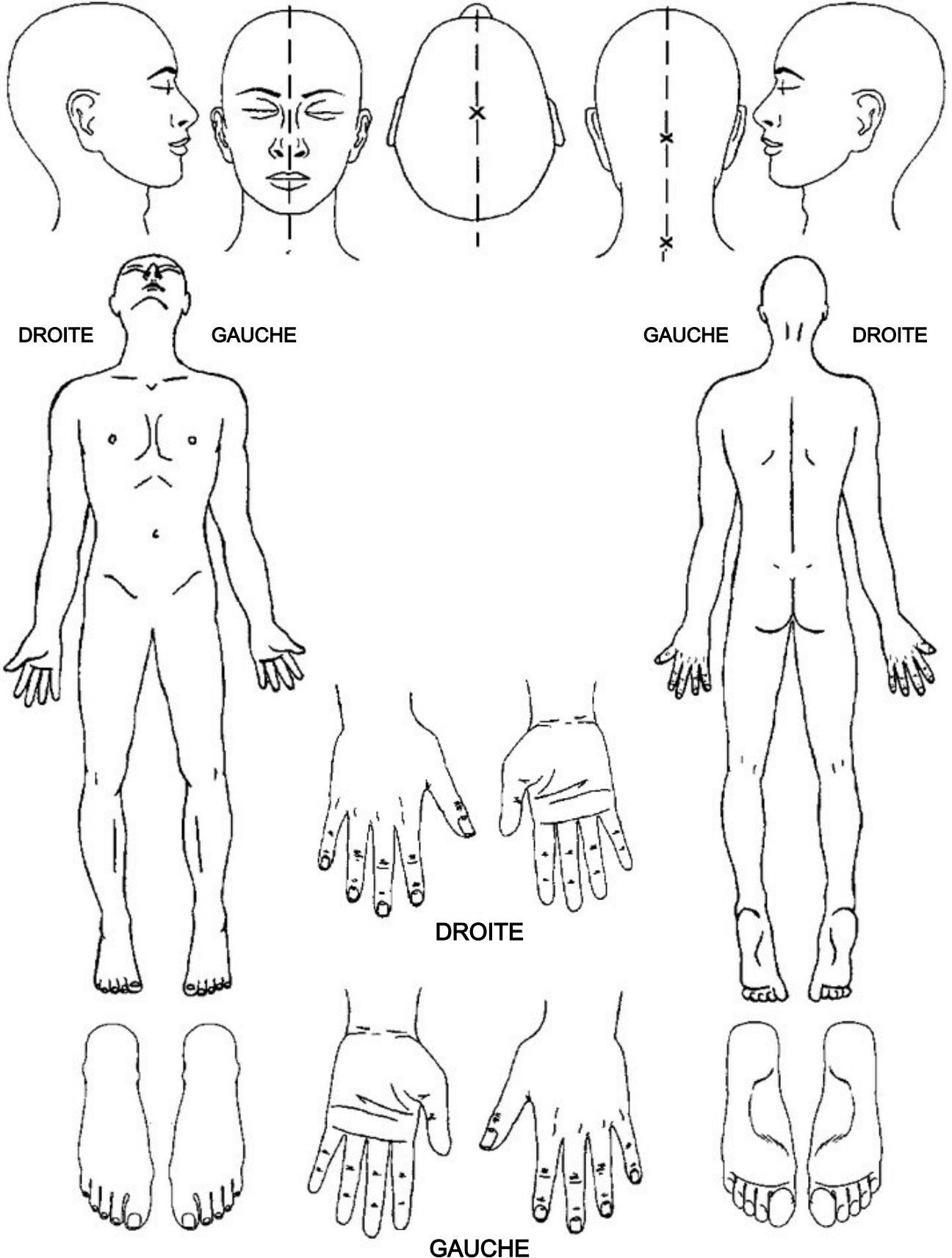
Homme	Femme	Autre(s)	Inconnu

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

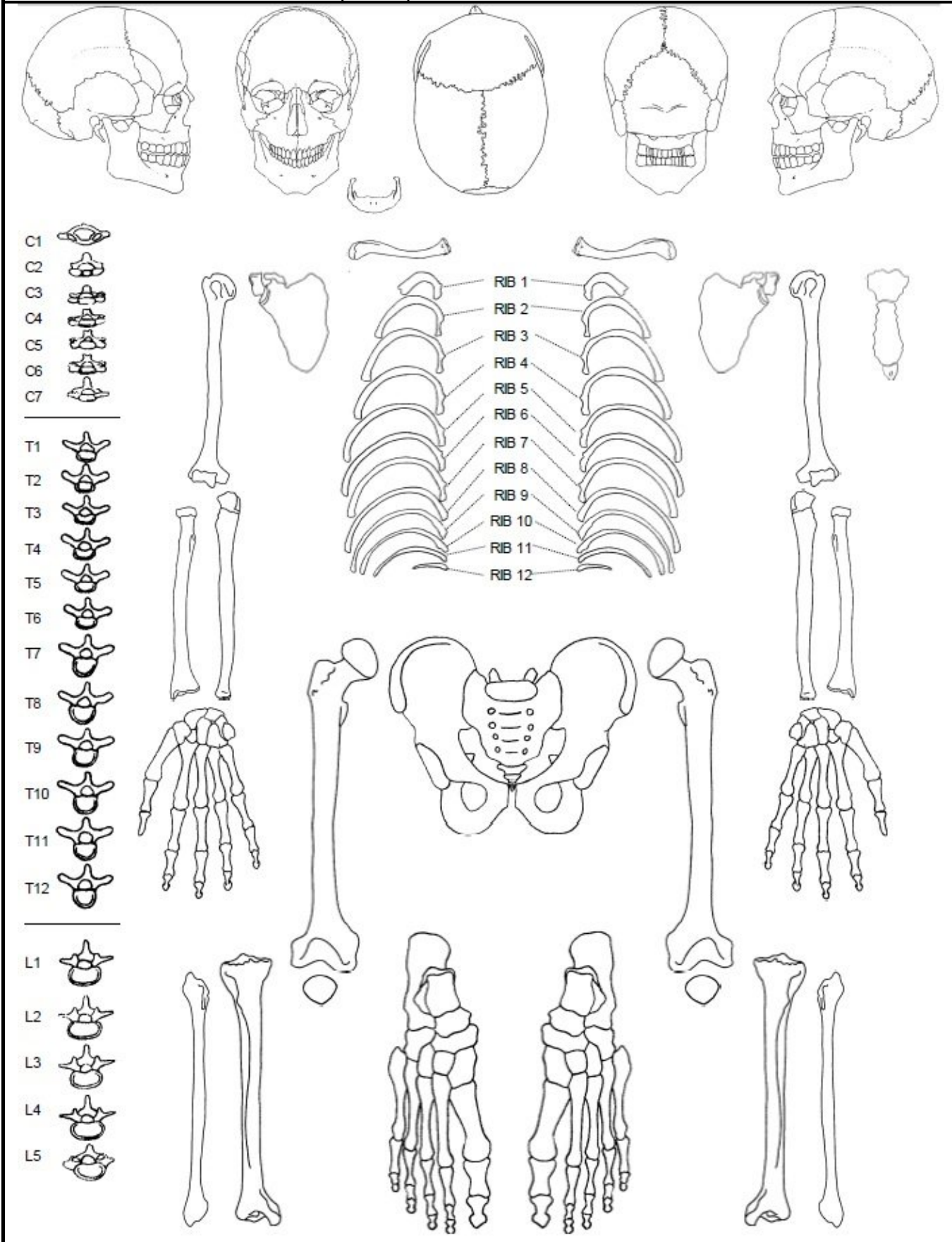
Homme	Femme	Autre(s)	Inconnu
-------	-------	----------	---------

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:

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

Jour *Mois* *Année*

Homme *Femme* *Autre(s)* *Inconnu*

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"/> _____							

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