

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag. 1/1
	AVVISO DI MORTE (Artt. 72-73 DPR 396/2000-Regolamento per la revisione e semplificazione dell'ordinamento dello stato civile,...)	PGSQA112 Allegato 1	

ALL' UFFICIALE DI STATO CIVILE

COMUNE DI _____

Oggetto: AVVISO DI MORTE

Si comunica che il giorno ____/____/____ alle ore __:__,

presso la Struttura Sanitaria _____ di _____

è avvenuto il decesso di _____

di sesso _____, nato/a a _____

il ____/____/____, di cittadinanza _____

residente a _____, in via _____ n° _____

C.F. _____ di Stato Civile _____

_____ li ____/____/____

Il Dirigente Medico di Struttura Sanitaria

e/o suo Delegato



Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____ in qualità di Medico Necroscopo,

CERTIFICA

di aver accertato alle ore ____:____ del giorno ____/____/____, presso _____

Comune di _____ (____) in via _____ n° _____

la morte di _____

nato/a a _____, il ____/____/____

CF: _____ identificato mediante documento _____

n. _____ rilasciato da _____

il ____/____/____ deceduto/a il ____/____/____, alle ore ____:____, presso _____

nel Comune di _____ (____)

in via _____ n° _____

per causa: naturale violenta, come riportato nella scheda ISTAT di morte di cui si è presa visione.

DICHIARA che non si ravvisano indizi di morte dipendente da reato (art.74 D.P.R. 396/2000).

DICHIARA che: 1) Le cause del decesso (in caso di malattia infettiva e diffusiva), **Visto** l'art. 9, della L.R. 41/2012:

Comportano Non comportano

l'osservanza delle procedure di cui all'art. 18, comma 1, del D.P.R. 285/90.

Resta fermo quanto previsto dall'art. 9, della L.R. 41/2012, comma 2.

2) Il feretro potrà essere chiuso, ai sensi degli artt. 8 – 9 – 10 del DPR 285/1990:

Trascorse **24 ore** dal decesso Trascorse **48 ore** dal decesso

Prima di **24 ore** per il seguente motivo:

Decapitazione Maciullamento ECG ISOELETTRICO per 20 minuti

Iniziativa Putrefazione Morte dovuta a Malattia Infettiva - Diffusiva

AI FINI DELLA CREMAZIONE; Visto l'art. 29, comma 1 della L.R. 41/2012, Visto l'art.3, LEGGE 30 marzo 2001, 130 comma 1, lettere a e h, **ESCLUDE** il sospetto di morte dovuta a reato;

DICHIARA che la persona suddetta non era era portatrice di stimolatore cardiaco (pace maker) o apparecchiature similari. Resta fermo l'obbligo del prelievo di liquidi biologici e annessi cutanei (art. 3, comma h della L.130/2001).

AI FINI DEL TRASPORTO FUORI COMUNE

DICHIARA che "nulla osta" al rilascio da parte del Sindaco dell'autorizzazione al trasporto del cadavere al di fuori di questo ospedale e/o luogo da questo ad altro Comune.

_____ li _____

Medico Necroscopo



**VERBALE DI CHIUSURA FERETRO PER TRASPORTO
CADAVERE**

(Allegato 2 alla Determinazione dirigenziale DPF010/04 del 14/03/2017)

PGSQA112
Allegato 3

VERBALE DI CHIUSURA FERETRO PER TRASPORTO CADAVERE
(art. 17, comma 5 L.R. 41/2012)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

in via _____ n° _____

titolare delegato dell'impresa funebre _____

ha personalmente provveduto alla identificazione del cadavere di:

_____ nato/a il _____

residente in vita a _____

in via _____ n° _____, deceduto/a il _____

nel Comune di _____

L'identificazione è avvenuta mediante:

documento: _____ n° _____ rilasciato il _____

da _____

due testimoni

I° testimone (generalità e firma) _____

II° testimone (generalità e firma) _____

Firma dell'incaricato _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

in via _____ n° _____

titolare delegato dell'impresa funebre _____

incaricato/a del confezionamento del feretro, constatato che è trascorso il periodo di osservazione

previsto, dichiara che:

1. il cadavere è stato riposto in idonea cassa, conformemente alle prescrizioni previste dalla vigente normativa, in relazione alla destinazione e alla distanza da percorrere e precisamente:

in doppia cassa, una di legno e una di metallo (zinco), ermeticamente chiusa mediante saldatura nelle modalità consentite dalla vigente normativa;

nella sola cassa di legno, foderata internamente con contenitore biodegradabile, autorizzato dal Ministero della Sanità, idoneo per il trasporto, anche fuori regione, per distanze oltre i 100 km.

nella sola cassa di legno;

2. sono state adottate particolari precauzioni igienico-sanitarie e nella fattispecie:

3. esternamente al feretro è stata applicata una targhetta in materiale inossidabile e non alterabile, riportante nome, cognome, data di nascita e di morte del/lla defunto/a

4. si è presa visione del permesso di seppellimento autorizzazione alla cremazione rilasciato il _____ dall'Ufficiale di Stato Civile del Comune di _____

5. a garanzia dell'integrità del feretro e del suo contenuto sono stati apposti due sigilli contrassegnati con il logo dell'impresa incaricata del trasporto che è anche riportato nel presente verbale.

Il feretro, così sigillato viene consegnato all'incaricato del trasporto, chiamato ad eseguire il trasporto del cadavere suddetto dal Comune di _____ al cimitero di _____

_____ previa sosta presso per la celebrazione delle esequie

Firma dell'incaricato _____

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag. 1/1
	RICHIESTA DI TRATTAMENTO CONSERVATIVO <small>(art.32 D.P.R. 285/1990)</small>	PGSQA112 Allegato 4	

Direzione Medica Ospedaliera P.O. _____

Il sottoscritto _____ in qualità di Titolare/incaricato dell' Impresa di Onoranze Funebri _____ con sede a _____

CHIEDE

che sul Cadavere di _____, nato/a _____

Il ___/___/___ residente a _____ via _____

Deceduto/a presso _____

Il ___/___/___, alle ore ___/___, sia eseguito il **TRATTAMENTO CONSERVATIVO** e

rilasciata la relativa **CERTIFICAZIONE**, per il rimpatrio del Cadavere presso lo Stato

Estero: _____

_____ li ___/___/___

Il Titolare/Incaricato dell'impresa di onoranze funebri

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag. 1/1
	CERTIFICAZIONE DI AVVENUTO TRATTAMENTO CONSERVATIVO <small>(art.32 D.P.R. 285/1990; L.R. 41/2012)</small>	PGSQA112 Allegato 5	

Si certifica che in data odierna è stato effettuato il trattamento igienico-conservativo così come previsto dal Regolamento di Polizia Mortuaria di cui al D.P.R. 285/1990 e successive modifiche e integrazioni, sul Cadavere di:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il ____/____/____ a _____

Deceduto/a il ____/____/____

Presso _____

Il trattamento è stato eseguito alle ore ____:____ da:

(firma e timbro)-----

Si certifica altresì che la morte non è dovuta a malattie infettive-diffusive

_____ li, ____/____/____

Il Medico Necroscopo

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag. 1/1
	VERBALE DI CONSEGNA CADAVERE PER TRASPORTO ALL'ESTERO (Allegato 3 alla Determinazione dirigenziale DPF010/04 del 14/03/2017)	PGSQA112 Allegato 6	

VERBALE DI CONSEGNA DI CADAVERE PER TRASPORTO ALL'ESTERO

L'anno _____ il giorno _____ del mese di _____

Il sottoscritto _____ Tecnico della Prevenzione
 Dirigente Medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (S.I.E.S.P.)

Si è recato presso: abitazione struttura sanitaria _____
 altro _____

In Via _____ n° _____ Comune di _____ ()
 per verificare la regolarità delle operazioni previste dal D.P.R. 285 del 10/09/1990, artt. 30 e 32.

Vista la documentazione rilasciata dal Comune di _____ ()
 in data _____

Identificato il cadavere per quello di : _____

Tramite i seguenti due testimoni :

1 _____ nato il _____
 (documento di identità _____)
 2 _____ nato il _____
 (documento di identità _____)

Dichiara che il cadavere è stato trattato come prescritto dall'art. 32 del D.P.R. 285/1990 e il feretro è stato confezionato secondo le indicazioni dell'art. 30 del predetto D.P.R. n. 285/1990.
 Sul cofano funebre è stato apposto un sigillo del Dipartimento di Prevenzione, S.I.E.S.P., della A.S.L. di _____, che è lo stesso riportato nel presente verbale.

Il feretro così confezionato e sigillato, unitamente alla documentazione e alla copia in originale del presente verbale, viene consegnato al sig. _____
 per l'impresa funebre _____ incaricata del trasporto fino
 all'aeroporto/porto/stazione di _____ con destinazione Estera
 _____ mediante auto funebre targata _____

L'incaricato del trasporto

I Testimoni

Spazio per il sigillo ASL

Il Dirigente Medico o Il Tecnico della Prevenzione

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag. 1/2
	INFORMATIVA PER I FAMILIARI IN CASO DI DECESSO DEI CONGIUNTI RICOVERATI	PGSQA112 Allegato 7	

Gent.li Signore/i

Nel porgere le nostre condoglianze per il lutto che vi ha colpito, riteniamo utile fornirvi alcune informazioni al fine di supportarvi nell'affrontare questa dolorosa circostanza ed aiutarvi nell'espletamento di alcune formalità:

- La salma del Vostro congiunto sarà trattenuta per almeno due ore nel reparto dove è avvenuto il decesso. Verrà effettuato un elettrocardiogramma per accertare l'effettiva assenza di attività cardiaca e successivamente la stessa verrà trasferita a cura del personale dell'Azienda presso le Camere Mortuarie;
- E' possibile rendere omaggio ai defunti negli orari di apertura della camera mortuaria (8.00-19.00);
- La scelta dell'Impresa di Onoranze Funebri è di Vostra esclusiva competenza : non è permesso al personale di questa Azienda di orientare la scelta dei familiari suggerendo nominativi e/o indirizzi di imprese funebri;
- I contatti tra i familiari del defunto e l'Impresa di Onoranze funebri per l'affidamento del servizio devono aver luogo esclusivamente nella sede dell'impresa e comunque in ogni caso esclusivamente al di fuori dei locali e pertinenze esterne di questa Azienda in quanto le stesse non sono autorizzate a svolgere le proprie pratiche all'interno dell'Azienda;
- A tale riguardo i familiari avranno cura di compilare il modello predisposto fornito dal personale dipendente dell'Azienda sul quale va riportato il nominativo dell'impresa liberamente prescelta;
- La vestizione della salma è compito del personale delle Imprese espressamente delegate dai familiari , pertanto gli indumenti dovranno essere loro consegnati, e comunque qualora gli stessi esprimeranno la volontà di parteciparvi sarà loro concesso purché sempre sotto la vigilanza del personale interno e compatibilmente con le possibilità (ad es. in compresenza di altre salme non sarà possibile). La vestizione potrà avvenire unicamente negli orari di apertura delle camere mortuarie;
- In casi particolari (richiesta di riscontro diagnostico e/o autopsia giudiziaria disposta dal Magistrato) potrebbe trascorrere del tempo prima che le esequie possano aver luogo;
- Il personale del reparto ha l'incarico di consegnarvi gli effetti personali del Vostro congiunto;
- Si ricorda che in base alla Legge Regionale N°41 del 2012 vi è la possibilità da parte dei familiari , di richiedere, per il tramite dell'Impresa di Onoranze Funebri prescelta, il trasferimento della salma dal proprio congiunto dall'obitorio al domicilio o altro luogo autorizzato dalla suddetta normativa (casa funeraria, ecc), sempre che le condizioni lo consentano e previo perfezionamento di tutta la documentazione autorizzativa. Il trasferimento ai sensi delle procedure aziendali è consentito esclusivamente durante il periodo di apertura al pubblico dell'obitorio;



**DICHIARAZIONE VOLONTÀ SCELTA
IMPRESA ONORANZE FUNEBRI**

PGSQA112
Allegato 8

Il/La Sottoscritto/a _____

In qualità di _____ del Defunto/a _____

Comunica che per le Esequie del Proprio Familiare, ha incaricato l'Impresa di Onoranze Funebri

_____ li ____/____/____

FIRMA

Allega documento di riconoscimento

DELEGA ALL'IMPRESA DI ONORANZE FUNEBRI O AGENZIA, INCARICATA DALL'IMPRESA DI ONORANZE FUNEBRI
ESECUTRICE DELLE ESEQUIE, AL RITIRO DEI DOCUMENTI NECESSARI ALLO SVOLGIMENTO DELLE ESEQUIE

L'Impresa di Onoranze Funebri _____ incaricata di svolgere le

Esequie del Defunto/a _____ delega l'Impresa di

Onoranze Funebri o Agenzia _____ al ritiro dei

documenti necessari allo svolgimento delle Esequie

_____ li ____/____/____

IL DELEGANTE



**COMUNICAZIONE
DICHIARAZIONE DI MORTE**

PGSQA112
Allegato 9

DMP P.O. _____

Si comunica che il giorno ___/___/___ alle ore __:__, si è constatato il decesso di

nato/a a _____ il ___/___/___

residente a _____, in via _____ n° _____

RICOVERATO/A PRESSO LA U.O. DI _____

GIUNTO/A CADAVERE AL PRONTO SOCCORSO

Il decesso è avvenuto presumibilmente per la seguente causa

_____ li ___/___/___

Il Dirigente Medico U.O.



REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag.1/1
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE TRASFERIMENTO SALMA PER IL PERIODO DI OSSERVAZIONE (Allegato C alla Determinazione dirigenziale DPF010/04 del 14/03/2017)	PGSQA112 Allegato 10a	

Alla Direzione Medica del P.O. _____

Il/la Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____, il ____/____/____

Residente in _____, in P.zza/Via _____

In qualità di _____, del defunto _____

Nato/a a _____, il ____/____/____, CF _____

residente in _____, il cui Decesso è avvenuto il ____/____/____

alle ore ____/____ presso il P.O. _____

In nome e per conto degli altri aventi diritto, resi edotti di quanto sotto espresso, consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazione falsa e mendace, rilasciando contestualmente la più ampia liberatoria nei confronti dell'Amministrazione Sanitaria anche per quanto al "codice in materia di protezione dei dati personali", sotto la propria responsabilità

CHIEDE

Alla S.V. il rilascio dell'autorizzazione al trasferimento della suddetta Salma per la Prosecuzione del

Periodo di Osservazione presso _____

Sita in _____, P.zza/Via _____

Il trasferimento sarà effettuato il ____/____/____ alle ore ____/____ dalla Ditta di Onoranze Funebri

_____, con sede in _____

con auto funebre targata _____

Allega alla presente copia di un documento di identità

_____ li ____/____/____

In Fede



COMUNICAZIONE DI TRASPORTO DI SALMA
(Allegato B alla Determinazione dirigenziale DPF010/04 del 14/03/2017)

PGSQA112
Allegato 10b

All'Ufficio di Stato Civile: del Comune di _____ (comune presso il quale è avvenuto il decesso)

All'Ufficio di Stato Civile: del Comune di _____ (comune in cui è destinata la salma)

Al S.I.E.S.P. della A.S.L. di _____ (competente per il comune presso il quale è avvenuto il decesso)

Al S.I.E.S.P. della A.S.L. di _____ (competente per il comune di destinazione della salma)

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____

Il ___/___/___, residente a _____, in qualità di Titolare/Incaricato dell'Impresa

Funebre _____, con Sede a _____

vista la richiesta effettuata, in qualità di avente titolo, dal sig/ra _____

per il trasferimento della salma di _____

nato/a a _____, Prov. ____, il ___/___/___, deceduto/a il ___/___/___

alle ore ___/___, presso il P.O. _____

dal luogo del decesso a _____

in via _____, n° ____, del Comune _____

Vista l'autorizzazione rilasciata dal Direttore Medico di Presidio Ospedaliero o dal Dirigente Medico di Unità Operativa,

Dott/ssa _____, il ___/___/___

COMUNICA

Che il trasporto avverrà in data ___/___/___, alle ore ___/___ a mezzo di auto funebre Targata

_____ della ditta _____, con sede in _____

conformemente alle prescrizioni previste dall'art. 16 comma 6 L.R. 10/08/2012 N°41.

_____ li ___/___/___

ONORANZE FUNEBRI

Timbro e firma _____

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag.1/2
	AUTORIZZAZIONE PER IL TRASFERIMENTO DI SALMA <small>(Allegato A alla Determinazione dirigenziale DPF010/113 del 30/11/2023)</small>	PGSQA112 Allegato 11a	

PARTE A

Constatazione di decesso e modulo per trasferimento della salma in altro luogo, per il periodo di osservazione, prima dell'accertamento di morte L.R. N.41/2012 ART.10-16 - B.U.R.A. N.190 DEL 01/12/2021

Il/la sottoscritto/a medico dipendente o convenzionato SSN (medico necroscopo, medico di medicina generale, medico di continuità assistenziale, medico 118, direttore sanitario struttura ospedaliera o suo delegato, direttore medico di R.A. o R.S.A. o suo delegato) dichiara che il/la Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____ stato civile

_____ coniugato/a con _____

è deceduto/a il giorno _____ alle ore _____ presso

SI _____ NO _____ Morte per cause naturali

Identificato/a dal familiare o da un conoscente mediante documento di identità o patente di guida n. _____

LA SALMA PUO' essere trasportata, senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del periodo di osservazione, presso:

- Deposito di osservazione comunale sito in via _____

a _____ (da autorizzarsi in casi particolari)

- Casa funcraria a _____

Il cadavere non può essere trasportato fuori Regione.

_____ li _____ Il Medico
 (timbro e firma)

COMPILARE LA PARTE B SE RICHIESTO IL TRASPORTO SALMA. (RISERVATO ALL'IMPRESA FUNEBRE)



REGIONE ABRUZZO
ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI

Rev. 0
08/07/2024

Pag. 1/1

**AUTORIZZAZIONE PER IL
TRASPORTO DI CADAVERE**

(Allegato E alla Determinazione dirigenziale DPF010/04 del 14/03/2017)

PGSQA112
Allegato 11b

All'Ufficio di Stato Civile: del Comune di _____ (comune presso il quale è avvenuto il decesso)

All'Ufficio di Stato Civile: del Comune di _____ (comune in cui è destinata la salma)

Al S.I.E.S.P. della A.S.L. di _____ (competente per il comune presso il quale è avvenuto il decesso)

Al S.I.E.S.P. della A.S.L. di _____ (competente per il comune di destinazione del la salma)

Il/la Sottoscritto/a Dirigente Medico Dott./ssa. _____

Vista la scheda ISTAT di Morte compilata dal dott./ssa. _____

Rilasciato il certificato necroscopico

Dichiara

che il Sig./ra _____, nato/a a _____

Prov. _____, il ____/____/____, di Cittadinanza _____, Residente a _____

Prov. _____, in P.zza/Via _____, n° _____, deceduto/a il ____/____/____, alle ore ____/____

presso il P.O. _____

Vista la richiesta del Sig./ra _____ in qualità di _____

del/la suddett ___ defunt ___ dalla quale si evince che il trasporto sarà effettuato dalla Ditta di Onoranze Funebre _____

a mezzo di auto funebre targata _____

Autorizza

Il trasporto del cadavere senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del Periodo di Osservazione presso:

in via _____, n° _____, del Comune di _____

Resta fermo il successivo accertamento della morte da parte del Medico Necroscopo competente per territorio, dopo la quindicesima ora, se non è stato effettuato nel Comune di Decesso

_____ li ____/____/____

Il Medico Necroscopo o Il Direttore Medico di Presidio o

Il Dirigente Medico Di Unità Operativa

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag.1/2
	RICHIESTA RISCONTRO DIAGNOSTICO	PGSQA112 Allegato 13	

U.O.C Medicina Legale
U.O.C. Anatomia Patologica
E p.c. Alla Direzione Medica Ospedaliera
P.O. Chieti

Nome e Cognome del Defunto: _____ Comune e Data di Nascita: _____ | _____ | _____ Data di Ricovero: _____ | _____ | _____

N° Cartella Clinica: _____ Data e Ora del Decesso: _____ | _____ | _____ : _____

UO di Dimissione: _____

SI ALLEGA CARTELLA CLINICA

Sintesi Storia Clinica _____

Quesiti Clinico-Scientifici _____

Indicare se ricorrono le seguenti circostanze:

	SI	NO
• morte inaspettata o improvvisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• morte in caso di sperimentazione clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• morte intraoperatoria o in corso di esame strumentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• morte entro 48 h da un intervento chirurgico o da procedura diagnostica invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• morte di una gravida o puerpera entro 7 giorni dal parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• morte di un soggetto affetto da patologia psichiatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• morte di un soggetto incapace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• morte di un soggetto malformato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• morte neonatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• morte fetale inaspettata o SIDS (morte improvvisa del lattante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• morte da cause contagiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag. 1/1
	TRASPORTO DI SALMA ALL'OBITORIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIETI	PGSQA112 Allegato 14	

Presidio Ospedaliero _____

Direzione Medica di Presidio

Alla Direzione Medica del P.O. CHIETI

Al sindaco del Comune ove è avvenuto il decesso

Al Sindaco del Comune del Presidio Ospedaliero di CHIETI

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ in qualità di medico necroscopo

Segnala il trasferimento presso l'obitorio del Presidio Ospedaliero di CHIETI

della salma di _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

già residente in _____

identificato con _____

deceduto il ____/____/____ alle ore ____:____ circa.

Motivazione della richiesta: _____

- ordine dell'Autorità Giudiziaria
- prelievi di campioni di liquidi biologici e/o rimozione di pacemaker o altri dispositivi medici ai fini della cremazione
- riscontro diagnostico

_____ li ____/____/____

Il Medico Necroscopo

N.O. AL TRASPORTO verso il P.O. di Chieti e N.O. al ritorno presso il P.O. richiedente



REGIONE ABRUZZO
ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI

Rev. 0
08/07/2024

Pag.1/1

**VERBALE DI RICHIESTA DI RISCONTRO
DIAGNOSTICO – TERRITORIO**
(Allegato 4 alla Determinazione dirigenziale DPF010/04 del 14/03/2017)

PGSQA112
Allegato 15

Alla Direzione Medica Ospedaliera di Chieti
Alla UOC di Medicina Legale e Necroscopica
Alla UOC di Anatomia Patologica

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ in qualità di

- medico curante
- medico necroscopo

richiede il riscontro diagnostico sul cadavere di :

nome _____ cognome _____

nato/a _____ () il _____

di anni _____ deceduto in data _____ alle ore _____

già residente in _____

identificato con _____

la richiesta è motivata in quanto si tratta di

- morte senza assistenza medica
- giunto cadavere

Dai dati in possesso si precisa quanto segue:

Circostanze del decesso

Quesiti clinici specifici

DATA _____

IL MEDICO RICHIEDENTE

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag. 1/1
	RICHIESTA DI SEPOLTURA DI PRODOTTO DEL CONCEPIMENTO DI PRESUNTA ETA' GESTAZIONALE INFERIORE A 20 SETTIMANE (L.R. n.41/2012 artt.19 e 25)	PGSQA112 Allegato 16	

Parte I CERTIFICAZIONE MEDICA	<p style="text-align: center;">CERTIFICATO MEDICO</p> <p>Certifico l'avvenuta espulsione/estrazione di un prodotto del concepimento della presumibile età gestazionale di _____ settimane di sesso _____ e peso _____, nella U.O. di _____ dell'Ospedale di _____ espulso/estratto dalla Sig.ra _____, nata a _____ il _____, residente _____ (Cartella Clinica n° _____), alle ore _____ del giorno _____</p> <p style="text-align: right;">IL MEDICO U.O.</p> <p>Data _____</p> <p style="text-align: right;">(timbro e firma)</p>
Parte II DOMANDA DI SEPOLTURA	<p style="text-align: center;">DICHIARAZIONE DEI GENITORI</p> <p>Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ () residente a _____ () in qualità di genitore, con riferimento alle norme soprarichiamate e alle informazioni fornite dal personale del reparto</p> <p style="text-align: center;">CHIEDE di</p> <p><input type="checkbox"/> <u>voler farsi</u> carico della sepoltura/cremazione e dei relativi oneri e pertanto si chiede il permesso di sepoltura</p> <p>Data _____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA DI ALMENO UN GENITORE O DELEGATO</p> <p style="text-align: center;">_____</p>



REGIONE ABRUZZO
ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI

Rev. 0
08/07/2024

Pag. 1/1

**NULLA OSTA TRASPORTO E SEPOLTURA DI
PRODOTTO DEL CONCEPIMENTO DI PRESUNTA
ETA' GESTAZIONALE INFERIORE A 20
SETTIMANE**

(L.R. n.41/2012 artt. 19 e 25)

PGSQA112
Allegato 17

AL SINDACO DEL COMUNE DI

Con riferimento al prodotto del concepimento di:

- presumibile età gestazionale di _____ settimane
- peso _____
- espulso/estratto in data _____
- nella U.O. Ginecologia-Ostetricia
- P.O. _____
- N° identificativo C.C. _____

Ai sensi della normativa vigente essendo stata avanzata richiesta di sepoltura dai genitori

SI RILASCIA

NULLA OSTA AL TRASPORTO E SEPOLTURA

Il Direttore Medico DMP o Delegato

Data _____

(timbro e firma)



Parte I CERTIFICAZIONE MEDICA	CERTIFICATO MEDICO
	<p>Certifico l'avvenuta espulsione/estrazione di un prodotto abortivo della presumibile età gestazionale di _____ settimane, di sesso _____ e peso _____ nella U.O. di _____ dell'Ospedale di _____ espulso/estratto dalla Sig.ra _____, nata a _____, il _____, residente a _____ (Cartella Clinica n° _____), alle ore _____ del giorno _____</p> <p style="text-align: right;">IL MEDICO U.O.</p> <p>Data _____ (timbro e firma)</p>
Parte II DOMANDA DI SEPOLTURA/CREMAZIONE	DICHIARAZIONE DEI GENITORI
	<p>Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ () residente a _____ () in qualità di genitore, con riferimento alle norme soprarichiamate e alle informazioni fornite dal personale del reparto</p> <p style="text-align: center;">CHIEDE di</p> <p><input type="checkbox"/> <u>voler farsi</u> carico della sepoltura/cremazione e dei relativi oneri e pertanto si chiede il permesso di sepoltura</p> <p><input type="checkbox"/> <u>non voler</u> provvedere alla sepoltura;</p> <p>Data _____ FIRMA DI ALMENO UN GENITORE O DELEGATO</p> <p style="text-align: center;">_____</p>

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag.1/1
	NULLA OSTA TRASPORTO E SEPOLTURA DI PRODOTTO ABORTIVO DI PRESUNTA ETA' GESTAZIONALE COMPRESA TRA 20 E 28 SETTIMANE (L.R. n.41/2012 artt.19 e 25)	PGSQA112 Allegato 19	

AL SINDACO DEL COMUNE DI

Con riferimento al prodotto abortivo di:

- presumibile età gestazionale di _____ settimane
- peso _____
- espulso/estratto in data _____
- nella U.O. Ginecologia-Ostetricia
- P.O. _____
- N°identificativo _____ C.C. _____

Ai sensi della normativa vigente

- non essendo stata avanzata dai genitori richiesta di sepoltura
- essendo stata avanzata richiesta dai genitori

SI RILASCIA

NULLA OSTA AL TRASPORTO E SEPOLTURA

Il Direttore Medico DMP o Delegato

Data _____

_____ (timbro e firma)



**RICHIESTA DI SEPOLTURA DI FETO DI
PRESUNTA ETA' GESTAZIONALE
SUPERIORE A 28 SETTIMANE CHE NON
MOSTRI SEGNI VITALI (NATO MORTO)**

(L.R. n.41/2012 artt. 19 e 25)

PGSQA112
Allegato 20

Parte I CERTIFICAZIONE MEDICA	<p style="text-align: center;">CERTIFICATO MEDICO</p> <p>Certifico l'avvenuta espulsione/estrazione di un feto della presumibile età gestazionale di _____ settimane (), di sesso _____ e peso _____ (), nella U.O. di _____ dell'Ospedale di _____ espulso/estratto dalla _____ Sig.ra _____, nata a _____, il _____, residente a _____ (Cartella Clinica n° _____), alle ore _____ del giorno _____</p> <p style="text-align: right;">IL MEDICO U.O.</p> <p>Data _____ (timbro e firma)</p>
	<p style="text-align: center;">DICHIARAZIONE DEI GENITORI</p> <p>Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ () residente a _____ () in qualità di genitore, con riferimento alle norme soprarichiamate e alle informazioni fornite dal personale del reparto</p> <p style="text-align: center;">CHIEDE di</p> <p><input type="checkbox"/> <u>voler farsi</u> carico della sepoltura/cremazione e dei relativi oneri e pertanto si chiede il permesso di sepoltura, il trasporto avverrà tramite la ditta: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <u>non voler</u> provvedere alla sepoltura;</p> <p>Data _____ FIRMA DI ALMENO UN GENITORE _____ O DELEGATO _____</p>

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag. 1/1
	NULLA OSTA TRASPORTO E SEPOLTURA DI FETO DI PRESUNTA ETA' GESTAZIONALE SUPERIORE A 28 SETTIMANE CHE NON MOSTRI SEGNI VITALI (NATO MORTO) <small>(L.R. n.41/2012 artt.19 e 25)</small>	PGSQA112 Allegato 21	

AL SINDACO DEL COMUNE DI

Con riferimento al feto di:

- presumibile età gestazionale di _____ settimane
- peso _____
- espulso/estratto in data _____
- nella U.O. Ginecologia-Ostetricia
- P.O. _____
- N° identificativo _____ C.C. _____

Ai sensi della normativa vigente

- non essendo stata avanzata dai genitori richiesta di sepoltura
- essendo stata avanzata richiesta dai genitori

SI RILASCIA

NULLA OSTA AL TRASPORTO E SEPOLTURA

Il Direttore Medico DMO o Delegato

Data _____

_____ (timbro e firma)

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag. 1/1
	DICHIARAZIONE AMPUTAZIONE ARTO E NULLA OSTA TRASPORTO E SEPOLTURA (L.R. n.41/2012 artt.18 e 25)	PGSQA112 Allegato 22	

Alla Direzione Medica P.O. _____

Al Sindaco del Comune di _____

Si certifica che il/la Sig./ra _____

Nato/a a _____ (Prov. _____)

il ____/____/____ e residente in _____

è stato/a sottoposto/a ad intervento chirurgico in data ____/____/____

con amputazione di _____

Il Dirigente Medico della U.O.

NULLA OSTA AL TRASPORTO E SEPOLTURA

Il Direttore Medico DMP o delegato

_____ li ____/____/____

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag. 1/1
	DICHIARAZIONE VOLONTÀ PAZIENTE AMPUTATO <small>(L.R. n.41/2012 artt.18 e 25)</small>	PGSQA112 Allegato 23	

Alla Direzione Medica

P.O. _____

Il sottoscritto/a _____, nato/a _____
 _____ (Prov. _____), il ____/____/____ e residente in _____
 _____ (Prov. _____) in via _____

Degente presso la U.O. _____

CHIEDE di:

Voler provvedere personalmente alla sepoltura dell'Arto Amputato in data ____/____/____ ed incarica, pertanto, l'Impresa di Onoranze Funebri :

Voler delegare la DMO, per la sepoltura dell'Arto Amputato in data ____/____/____

_____ li ____/____/____

Firma del Paziente o Tutore/o Delegato

	REGIONE ABRUZZO ASL2 LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 0 08/07/2024	Pag. 1/1
	CARTELLINO IDENTIFICATIVO ARTO AMPUTATO	PGSQA112 Allegato 24	

Unità Operativa _____

Cognome e nome _____

Data e Luogo di Nascita _____

Residenza _____ (Prov. _____) Via _____

Codice Fiscale

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

Amputazione avvenuta il ____/____/____ alle ore ____/____

Specificare Arto _____

_____ li ____/____/____

Il Dirigente Medico U.O.

Preso in carico il ____/____/____ dalla Sala Operatoria alla morgue alle ore ____/____

N.B.: (a cura del personale della Morgue e/o altro personale preposto)

Firma dell'operatore
