



COGNOME e NOME _____ sesso _____ nato/a il _____
a _____ residente in vita a _____
via _____ professione _____

Deceduto il: _____ Alle ore: _____
Ospedale/Casa di cura/altro: _____ Data della richiesta: _____
Reparto: _____ Medico richiedente: _____
N° C. Clinica: _____ Firma del medico: _____

La richiesta è valida solo se la salma non è a disposizione dell'Autorità Giudiziaria

CENNI CLINICI SUL CASO

Malattia principale: _____
Inizio: _____
Momenti causali: _____
Sintomi principali: _____
Complicanze: _____
Interventi terapeutici: _____
Forma di morte: _____
Dati anamnestici di rilievo: _____
Altre osservazioni: _____

La Direzione Sanitaria

N° _____ del Registro. Direz. Sanitaria
Data _____ ora _____

Si prega di far pervenire la richiesta in tempo utile e di allegare la relativa cartella clinica/documentazione clinica (o fotocopia)

Autopsia effettuata il _____ alle ore _____