

DICHIARAZIONE DEL MEDICO SULLE CAUSE DEL DECESSO

Nell'interesse della precisione delle statistiche sulla vita, si prega di attenersi all'Elenco Internazionale delle cause di morte.

Nome del defunto per estesoData del decesso ____/____/____

Residenza al momento del decessoData di nascita ____/____/____

Luogo in cui è avvenuto il decesso (se ospedale o istituto, indicare il nome)

.....
Data della prima assistenza medica nell'ultima malattia.....

Data dell'assistenza medica finale nell'ultima malattia

Causa del decesso (inserire soltanto una causa rispettivamente per a, b e c)

Malattia/stato di salute che ha portato direttamente alla morte (non sta ad indicare il modo in cui è avvenuto il decesso come ad es. infarto cardiaco, astenia, ecc. bensì la malattia, lesione o complicazione che ha provocato il decesso)

(a).....

- Intervallo tra i primi sintomi e la morte.....
- data della diagnosi.....
- data della comunicazione al paziente della diagnosi.....

Cause antecedenti (condizioni patologiche, se presenti, che hanno originato la suddetta causa (a), dichiarando infine la causa sottostante):

(b) a causa di.....

- data della diagnosi ____/____/____
- data della comunicazione al paziente della diagnosi ____/____/____

(c) a causa di

- data della diagnosi ____/____/____
- data della comunicazione al paziente della diagnosi ____/____/____

Altre condizioni di salute significative (che hanno contribuito al decesso ma non collegate con la malattia o lo stato di salute che ha portato alla morte):

.....
Il paziente era informato dei referti in Suo possesso e/o della Sua diagnosi al momento di queste visite?

SI NO COMMENTI

.....
Se il decesso è da imputarsi ad incidente, suicidio od omicidio, specificare e dare una breve descrizione:

E' stata condotta un'inchiesta? SI NO

E' stata eseguita l'autopsia? SI NO

Se Sì, da chi e con quali risultati?

.....

Per quanto a Sua conoscenza, il paziente faceva uso di tabacco?

SI **NO** **NON SO**

Assistenza medica

Lei ha avuto in cura o assistito il defunto negli ultimi cinque anni prima della malattia finale?

SI **NO**

Per quanto a Sua conoscenza, il defunto era stato in cura da un altro medico o presso un ospedale o istituto negli ultimi 5 anni?

SI **NO**

In caso di risposta positiva indicare quanto segue:

Nome	Indirizzo	Malattia / Lesione	Data
.....	___/___/___
.....	___/___/___
.....	___/___/___
.....	___/___/___

Le presenti dichiarazioni sono vere e complete per quanto mi è dato di sapere e ritenere.

Data.....
Firma e timbro.....
Qualifica.....
Nome (in stampatello).....
Indirizzo.....