 

**Questionnaire « constat de décès à distance »**

Informations nécessaires **si disponible** pour l’UCCSPU afin de compléter le bulletin de décès SP-3

Contacter l’UCCSPU au 1-866-850-7288 ou 418-835-7288 appel local

**Histoire du décès**

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe: Homme ❒ Femme ❒ Inconnu ❒ **Âge** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Région administrative : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No du véhicule/mobile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cause du décès d’allure naturelle : oui ❒ non ❒ Demande spontanée d’autopsie : oui ❒ non ❒

Entreprise funéraire identifiée: oui ❒ non ❒ Suspect/cas de coroner selon policiers : oui ❒ non ❒

Identité du défunt connue : oui ❒ non ❒ Traces de violence/plaie/traumatisme: oui ❒ non ❒

1. Heure d’arrivée et histoire du décès (ce qui a mené au décès : chute? plaintes récentes? hospitalisation ou consultation <4 jrs; retrouvé par qui, où?) :

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Positionnement du corps, présence de liquides biologiques, rigidité et lividité: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Description détaillée des traumatismes externes / Particularités à l’examen du corps:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Préciser la dernière fois que la personne a été **vue vivante, comment, par qui**:

 date / heure / qui

2. Protocole utilisé :

 ❒ **REA.2 : Arrêt de manœuvres lors d’un ACR d’origine médical**

Heure du **début**

des manœuvres :

Heure de **l’asystolie :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heure d’application

(MEDLEG.3 et 4) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 5 analyses sans choc ❒

 Asystolie 1 minute, 2 minutes après 5e analyse ❒

 Absence de critères d’exclusion ❒

 ❒ **REA 4 : Arrêt des manœuvres lors d’un ACR d’origine traumatique**

 Asystolie 1 minute après l’analyse ❒ Absence de critères d’exclusion ❒

 ❒ **MED LEG.2 : Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable**

 Rigidité des mâchoires (incapable d’ouvrir) ❒ Incapable de ventiler ❒

 Absence de pouls ❒ Asystolie 1 minute ❒

 ❒ **MED LEG.3 : Directives de non-réanimation**

 Ordonnance écrite de non-réanimation signée ❒\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Médecin

 Ordonnance verbale de non-réanimation ❒ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nom Prénom Lien

 ❒ **MED LEG.4 : Mort évidente**

 Décapitation ❒ Ossements ❒ Putréfaction avancée (aucune rigidité) ❒ Adipocire ❒ Momification ❒

 Calcination ❒ Compression totale du crâne ❒ Évidement du crâne ❒ Sectionnement complet du corps ❒

3. **Antécédents médicaux pertinents :**

 Problèmes circulatoires (MVAS) ❒ AVC ❒ Cancer/type ❒ Diabète ❒ Cardiostimulateur (pace) ❒

 Problèmes respiratoires ❒ Problèmes cardiaques (MCAS) ❒ Autre ❒

 **Si antécédents non disponibles, médication usuelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informations reçues de l’UCCSPU**

4. Décision pour le constat de décès: Accepté ❒ Refusé ❒ Raison si refus : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Mort naturelle reliée à sa condition médicale ❒ Cause de décès :

 Cas de coroner ❒ Cas nébuleux à discuter avec coroner ❒ Type de décès non naturel :

 Nom du **médecin** émetteur du constat de décès à distance

 Nom- prénom et No de pratique

5. Nom du médecin transmis à la famille Oui ❒ Si non ❒ Pourquoi

 Cause probable du décès expliquée à la famille Non ❒ Oui ❒ Inscrire la raison donnée à la famille

**Identification de la personne décédée**

6. Identification de la personne décédée faite par : Carte avec photo ❒ Déclarant ❒

 Nom et prénom du déclarant Lien avec le défunt No de téléphone

7. Personne-ressource pour l’entreprise funéraire (si différente du déclarant) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nom et prénom

 Lien avec la personne décédée No de téléphone dans l’immédiat

Si aucune identification de la personne n’est possible par un déclarant, par carte ou par photo, elle est considérée inconnue. Veuillez passer à la **question 21** « Adresse de l’endroit où se trouve le corps de la personne décédée »

8. Nom et prénom de la personne décédée :

 Nom Prénom

 No assurance maladie et date d’expiration :

 No assurance maladie Date d’expiration

 Si aucune carte d’assurance-maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Date de naissance

9. **mère** selon acte de naissance (pas essentiel si cas de coroner)

 Nom Prénom

10. **père** selon acte de naissance (pas essentiel si cas de coroner)

 Nom Prénom

11. État matrimonial : Célibataire (jamais marié) ❒ marié(e) ❒ veuf(ve) ❒ divorcé(e) ❒ séparé(e) légalement ❒

12. **conjoint(e)** **légal(e)** du défunt(e), **âge** si vivant ans

 Nom Prénom

13. Adresse de l’endroit où se trouve le corps de la personne décédée

No civique rue ou avenue Municipalité ou localisation géographique Code postal

14. Type de lieu : Domicile ❒ Résidence personnes âgées ❒ Autre ❒ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Lieux à déclaration obligatoire au coroner: Si un élément est coché, l’infirmière de l’UCCSPU avisera le **coroner**.

 Centre de réadaptation ❒ Centre de travail adapté ❒ Lieu de cure fermée ❒ Garderie ❒

 Établissement de détention ❒ Pénitencier ❒ Poste de police ❒ Ressource de type familial ❒

15. Adresse du domicile de la personne décédée **si différente du lieu où se trouve le corps (question 13)**

No civique rue ou avenue Municipalité Code postal

16. Lieu de naissance (province ou pays) : ❒ Québec Autre

17. Langue d’usage à la maison : ❒ Français ❒ Anglais Autre

18. Le décès est-il survenu au cours d’une grossesse ou dans les 42 jours suivant l’accouchement? Non ❒ Oui ❒

19. La personne décédée est-elle atteinte d’une maladie à déclaration obligatoire? (liste MADO) Non ❒ Oui ❒

 Préciser si information disponible

20. Le défunt (85 ans et moins) a-t-il signé sa carte d’assurance-maladie pour le don d’organes et de tissus? Non ❒ Oui ❒

 **Si la carte n’est pas signée, le TAP demande à la famille si elle accepte de recevoir de l’information sur le don de**

 **tissus pour la greffe et transplantation de la part d’un coordonnateur du programme d’Héma-Québec.**

 Si la carte n’est pas signée, la famille : **Accepte** une référence à Héma-Québec ❒ **Refuse** la référence à Héma-Québec ❒

**Autres informations**

**es informations**

21. Entreprise funéraire identifiée par un membre de la famille. Non ❒ Oui ❒

 Entreprise funéraire Municipalité

22. Si utilisation d’une entreprise funéraire temporaire désignée par l’UCCSPU:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Entreprise funéraire

23. Difficulté à prévoir lors de l’évacuation pour l’entreprise funéraire (surpoids, escaliers,…) Non ❒Oui ❒

 No de matricule et nom du TA/P # 1 :

 Matricule Nom

24. No de matricule et nom du TA/P # 2 :

 Matricule Nom

Centre hospitalier de destination initiale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No du formulaire AS-803

25. Présence de service policier Non ❒ Oui ❒ Sûreté du Québec ❒ Sûreté municipale ❒

 No d’événement

 Nom et prénom policier No de matricule No de téléphone