



MOCLI60328

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

CONSTAT CLINIQUE D'UN DÉCÈS PAR L'INFIRMIÈRE

ÉVALUATION CLINIQUE (section A)

Double identification du défunt :

- ☐ Données nominatives inscrites sur la carte d'identité avec photo ou bracelet
☐ Témoignage d'une tierce personne (personnel régulier ou accompagnateur)
☐ Autre : _____

Circonstances et lieu du décès : _____

Moment précis de la dernière fois où la personne a été vue vivante : Date : _____ Heure : _____
aaaa/mm/jj hh:mm

Signes vitaux et signes neurologiques :

- ☐ Aucune réponse à la stimulation
☐ Absence de respiration à l'inspection de la cage thoracique pendant 1 minute et auscultation des poumons pendant 30 secondes/poumon
☐ Aucune réaction à la stimulation douloureuse
☐ Absence de réactivité des pupilles (dilatées et fixes)
☐ Absence de bruit cardiaque à l'auscultation à l'apex pendant 1 minute
☐ Absence de pouls carotidien/fémoral pendant 30 secondes

Rigidité

☐ Non évalué

Mâchoire

☐ Absence

☐ Présence

Membres supérieurs

☐ Absence

☐ Présence

Membres inférieurs

☐ Absence

☐ Présence

Lividité (décoloration de la peau de couleur bourgogne) ☐ Non évalué

☐ Absence

☐ Présence

☐ Site(s) : _____

Constat clinique du décès confirmé (après 5 minutes) : Heure : _____
hh:mm

Signes de traumatismes

☐ Non évalué

☐ Lacération

☐ Abrasion

☐ Plaie

☐ Déformation

☐ Œdème localisé

☐ Plaie pénétrante

☐ Autre(s) _____

Si signes de mort suspecte, violente, traumatique → appel au médecin ou à l'IPS qui devra procéder au constat de décès et communiquer avec le coronar si nécessaire

Nom du médecin/IPS avisé : _____ Date : _____ Heure : _____
aaaa/mm/jj hh:mm

DÉCLARATION DU DÉCÈS (section B)

☐ Par l'infirmière

☐ Par l'infirmière avec avis médical/IPS

☐ Par le médecin/IPS

Inscrire # SIED : _____

TRANSFERT D'INFORMATIONS (section C)

☐ Médecin ou IPS en charge avisé (ne pas appeler la nuit sauf si nécessaire)

Date : _____ Heure : _____
aaaa/mm/jj hh:mm

☐ Proches avisés : Date : _____ Heure : _____
aaaa/mm/jj hh:mm

Lien avec l'utilisateur : _____

☐ Effets personnels remis à : _____

☐ Entreprise de services funéraires contactée :

Date : _____

Heure : _____
hh:mm

Nom du salon funéraire : _____

Nom de l'infirmière qui a fait le constat de décès : _____

Numéro de téléphone de l'infirmière : _____

Signature de l'infirmière : _____ No. de permis : _____ Date : _____
aaaa/mm/jj