

La mort

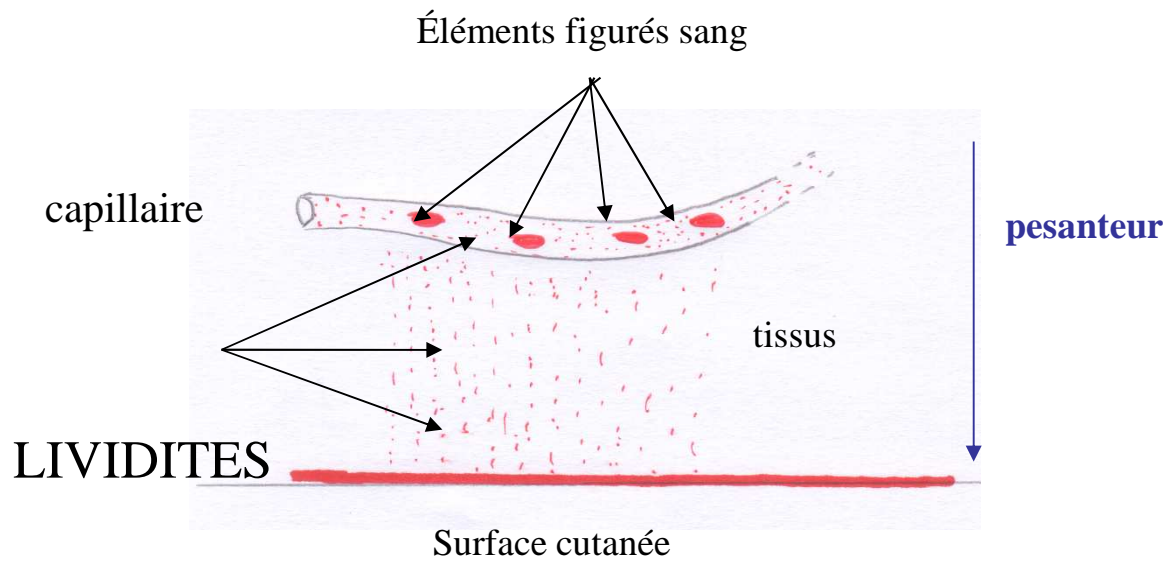
La Mort

- Pas de définition
- Les seuls critères de décès lors des prélèvements d'organe
- Incidences
 - Funérailles
 - Succession
 - Mort criminelle
 - Santé publique

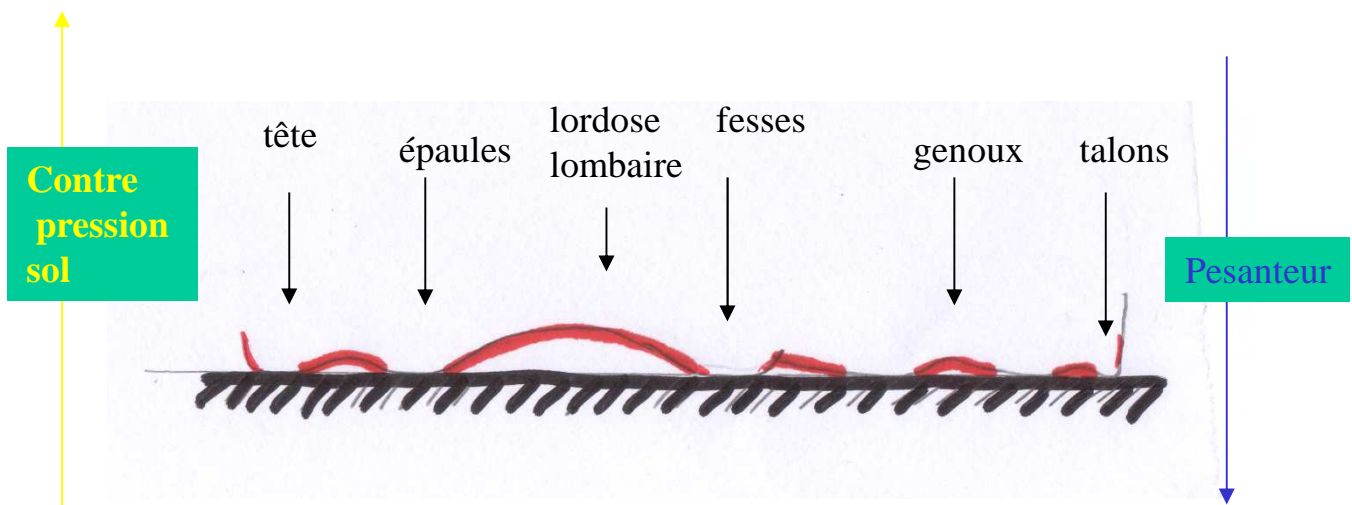
Diagnostic de mort

- Signes négatifs de vie
 - absence de respiration et circulation
 - baisse température (en fonction t° extérieure)
- Signes positifs de mort
 - lividités
 - rigidité
 - putréfaction

Lividités



Lividités



Lividités



Lividités

- Apparition à partir de la 3^{ème} heure post mortem
- Maximum vers la 12^{ème} heure
- Se fixent à partir de la 15^{ème} heure
- Peuvent se reformer jusqu'à la 30^{ème} heure (en cas de retournement du corps)
- Couleur des lividités :
indication cause de mort chez le caucasien.

Rigidités

- Apparaissent vers la 3^{ème} heure
- Progression descendante
- Maximum vers la 13^{ème} heure
- Disparition descendante
- La rigidité à presque entièrement disparue à la 36^{ème} heure

Putréfaction

- Point de départ FID
- Apparition très variable
- Propagation putréfaction
- Les prédateurs (entomologie)
- Squelettisation / *adipocire*

Datation = délai post portem

- La température
- lividité
- rigidité
- putréfaction

- autres méthodes : entomologie,
...

Compatibilité :

examen et environnement

- lividité : compatibilité avec la position de découverte
- rigidité : cohérence avec la datation
- prise en compte environnement

Examen du corps

- Cyanose
- écoulement, saignement, vomissement, ...
- lésion traumatique (cause de la mort ou n'étant pas cause de la mort)

distinctions

- Mort médicale
- mort accidentelle
- mort suicidaire
- mort criminelle

- proposition autopsie
- rédaction de certificat décès

Certificat de décès

DÉPARTEMENT :

CERTIFICAT DE DÉCÈS

conforme à l'arrêté du 24 décembre 1996

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

COMMUNE :

Code postal

NOM :

Prénoms :

Date de naissance :

Sexe :

Domicile :

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le à heure(s) est réelle et constante (voir 1 au verso).

- Obstacle médico-légal (voir 2 au verso) OUI NON
- Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso) OUI NON
- dans un cercueil hermétique (voir 4 au verso) OUI NON
- dans un cercueil simple (voir 5 au verso) OUI NON
- Obstacle au don du corps (voir 6 au verso) OUI NON
- Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (voir 7 au verso) OUI NON
- Présence de prothèse fonctionnant sur piles (voir 8 au verso) OUI NON

Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non

RÉSERVÉ À LA MAIRIE

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-contre doit être reproduit au verso.

N° D'ORDRE du décès

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

À conserver dans le mairie de lieu d'implantation de la chambre funéraire

À REMPLIR ET À CLORE PAR LE MÉDECIN

Renseignements confidentiels et anonymes

Code Postal :	Commune de décès :
Code Postal :	Commune de domicile :

Date de décès :
Date de naissance :

<input type="checkbox"/>	Sexe masculin
<input type="checkbox"/>	Sexe féminin

CAUSES DU DÉCÈS

PARTIE I Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès *
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès (heures, jours, mois ou ans)

- a. _____
- due à ou consécutive à : b. _____
- due à ou consécutive à : c. _____
- due à ou consécutive à : d. _____

* Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex. : syncope, arrêt cardiaque...)

PARTIE II Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Le décès est-il survenu pendant une grossesse (à déclarer, même si cet état n'a pas contribué à la mort) ou moins d'un an après ? 1. Oui 2. Non

Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : _____ Mois _____ Jours

En cas d'accident, préciser le lieu exact de survenue (voie publique, domicile...) : _____ S'agit-il d'un accident du travail (ou présumé tel) ? :

1. Oui 2. Non 3. Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ?

1. Non 2. Oui, résultat disponible
3. Oui, résultat non disponible

Lieu du décès :

1. Domicile 2. Hôpital 3. Clinique privée
4. Hospice, maison de retraite 5. Voie publique 6. Autre lieu

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Exemples

I. a. Septicémie b. Périlésion c. Perforation d'ulcère d. Ulcère stercoriel	Intervalle 3 h 18 h 3 j 7	II. a. Cause b. Choc anaphylactique c. Traumatisme crânien d. Accident de la route	Intervalle 12 h 18 h 2 j 2 j
II. Alcoolisme	?	II. a. Noyade b. Suicide	Intervalle - -
I. a. Tumeur primitive cérébrale b. Tumeur c. d. e.	Intervalle 20 j 7 m	II. a. Défaillance respiratoire b. Embolie pulmonaire c. Phlébite d. Accrochement	Intervalle 1 h 15 h - 16 j
II. Epiglotite, Tuberculose	Intervalle -	II. Varicelle	Intervalle -

Ce document ne peut être communiqué à quiconque si ce n'est en original, si ce n'est copie

Trajet du certificat de décès (en France)

- Mairie (état civil)
- ARS
- INSEE
- INSERM