

## LEVEE DE CORPS MEDICO-LEGALE

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_

Spécialisation \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_ heure

A \_\_\_\_\_ (lieu)

Sur réquisition de \_\_\_\_\_

### . IDENTITE PRESUMEE

Le corps de :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Agé(e) de \_\_\_\_\_

De Sexe :     H             F

### . CIRCONSTANCES MÉDICO-LÉGALES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### . TENTATIVE DE RÉANIMATION

Oui             Non

si oui par :     Entourage             Secouriste             Médecin  
 Autres \_\_\_\_\_

Technique(s) utilisée(s):

MCE             Intubation             Ventilation

Perfusion:             oui             non

Siège de la perfusion :

	droit	gauche		droit	gauche
Avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Jugulaire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pli du coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sous-clavière <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



présente complète avec rupture

Siège de la rigidité :

 masseters membresLividités :  absentes présentes s'effaçant à la vitro pression présentes fixées

Siège des lividités :

---

---

Putréfaction :  absente présente :  débutante moyenne très avancéePrésence de larves :  oui  non**. ASPECT EXTÉRIEUR DU CADAVRE**

Taille : \_\_\_\_\_cm

Position : \_\_\_\_\_

Etat vestimentaire :

 Cadavre entièrement nu Partiellement déshabillé Habillé :Vêtements :  en ordre  en désordreCorpulence :  normale  forte  maigre  cachectiqueTatouages :  oui  non**. DESCRIPTION DE L'ENVIRONNEMENT**

Présence près du cadavre :

 AAF  Arme blanche  Objet contondant médicaments ou toxiques divers correspondant à : \_\_\_\_\_

Emballages vides de médicaments correspondant à : \_\_\_\_\_

Découverte de lettre

Alcool

Tâche de matériel biologique :  oui  non

Si oui :  Sang  Vomissures  Sperme

Autres : \_\_\_\_\_

## **. EXAMEN EXTERNE DU CADAVRE / LÉSIONS CONSTATÉES**

Tête

Cou

Thorax

Abdomen

Région génitale

Membre supérieur droit

Membre supérieur gauche

Membre inférieur droit

Membre inférieur gauche

**. FORME MÉDICO-LÉGALE SUPPOSÉE DU DÉCÈS**

Mort naturelle probable

Mort de cause inconnue

Mort violente

Mort pouvant être en relation avec :  maladie professionnelle  Accident du travail

**. UNE AUTOPSIE MÉDICO-LÉGALE PARAÎT-ELLE INDISPENSABLE ?**

Oui

Non

Fait en double exemplaires, à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature Médecin

Pour authentification \_\_\_\_\_

Certificat remis à :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_