

# CHECK LIST

## Scheda di sopralluogo medico/legale

- Sopralluogo: Si - No                      arrivo sul posto: h.

Luogo:  aperto     Chiuso

Presenza di armi: Si - No     fuoco     taglio     contundenti

Presenza di veicoli: Si    No              Presenza di animali : SI - NO

Posizione del cadavere:  SUPINA     Prona     laterale

Presenza di liquidi biologici: SI - NO    se si specificare .....

Intervenuti sul posto:  118     Carabinieri     Polizia  V.V.F.F.

Documentazione fotografica: SI - NO              Video : SI - NO

Note:

Data

firma

Medico legale

Infermiere Legale/forense

## Identificazione del cadavere

Cognome

Nome

Nato a

il

Residenza:

via

n°

Sesso: M - F

Razza:

altezza

circa

peso kg:

circa

**Riconoscimento:** tramite doc. pers.

N°

Riconoscimento tramite altra persona:  Parente doc.

Conoscente doc.

Eventuali segni identificativi:

Data

firma

Medico Legale

Infermiere Legale/forense

## ISPAEZIONE CADAVERICA

**Data**                      **ora**                      **luogo**                                      **Città**                                      **Prov.**

**Causa della Morte:**     Accid.     Naturale     Violenta

Presenza fenomeni abiotici consecutivi:    SI - NO

Rigor

Algor

Livor    1°- 2° - 3°

Presenza di fenomeni trasformativi:    SI - NO

Prelievo di eventuali liquidi biologici e/o altro .    SI - NO

Segni di violenza sessuale:    SI      NO

**Ora presunta della morte:**    h.

**Note:**

Data

Firma

Medico legale

Infermiere legale/forense

- **Elenco ed eventuale descrizione degli indumenti indossati**

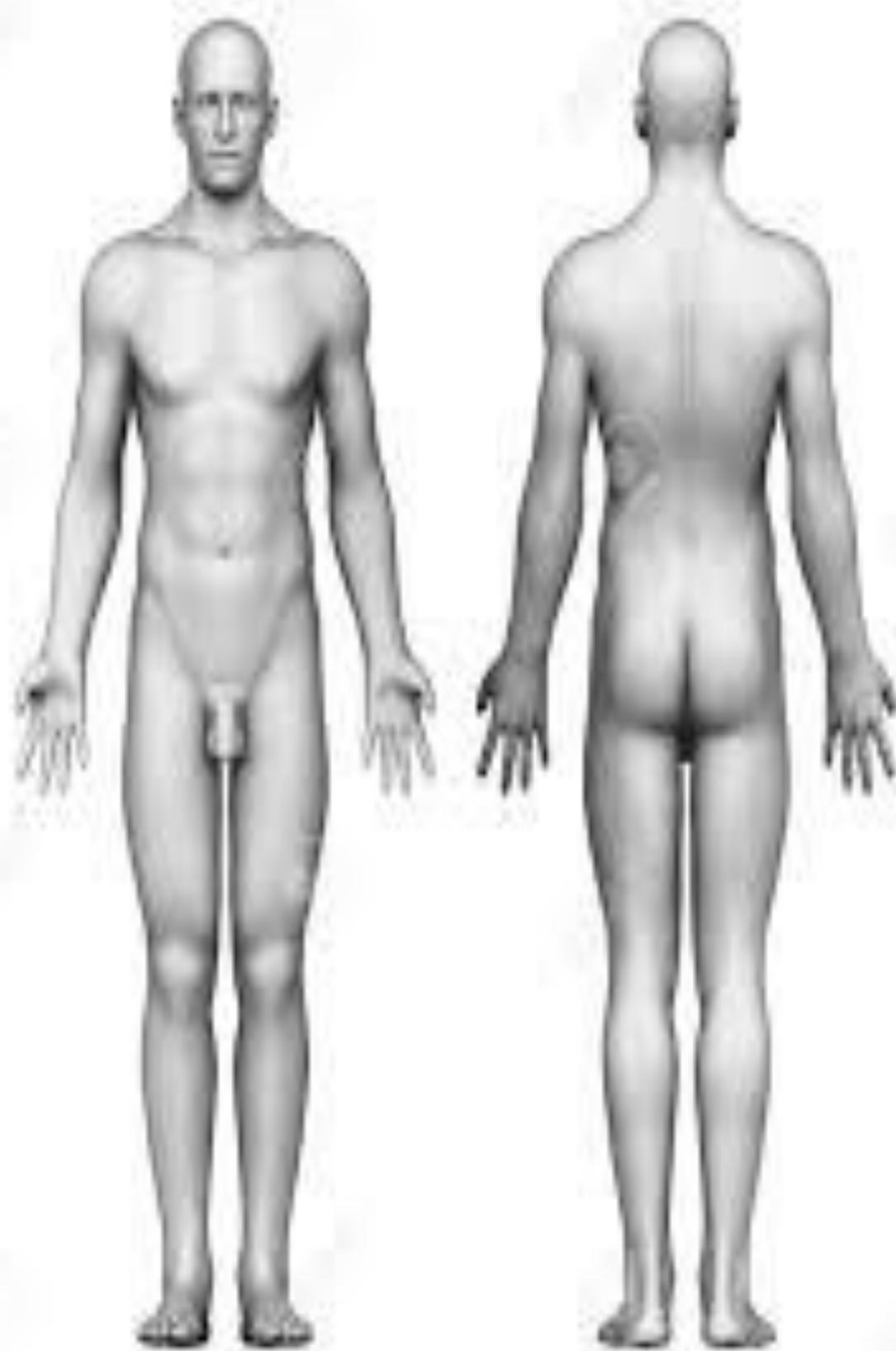
- **Elenco eventuali oggetti personali**

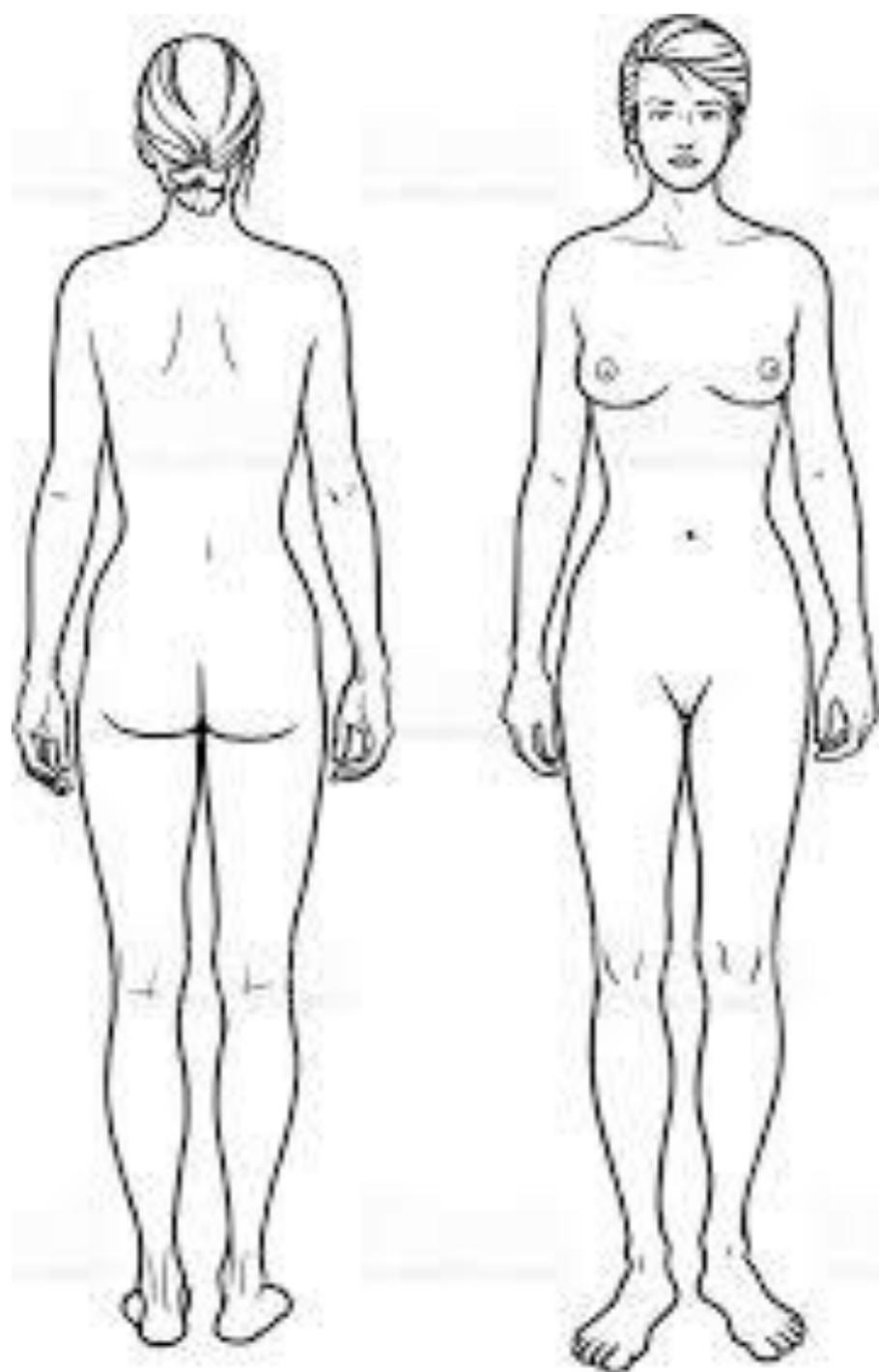


- **Cingolo scapolare e arti sup:**

**Torace:** Ant. e post.

**Addome:** ant. e post.





**Cingolo pelvico e arti inf.**

**DATA**

**FIRMA**

**Medico legale**

**Infermiere legale/forense**

**Relazione:**

- **Richiesta autopsia:** SI - NO

Data

**Firma**

**Medico legale**

**Infermiere legale/forense**