



Direzione Medica di Presidio

PO _____

Azienda Ospedaliero - Universitaria
"Policlinico - Vittorio Emanuele"
Catania

Alla DMP PO _____

Comunicazione di Decesso

Giunge in Camera Mortuaria in data ___/___/___ ore ____, ____

Proveniente dall'UO: _____

Presidio Ospedaliero: _____

La Salma del / della Sig. / Sig.ra _____

Deceduto / a il giorno ___/___/___ alle ore ____, ____

Accertamento di morte con ausilio di E.C.G. SI NO

A disposizione dell'A.G. SI NO

Richiesta di Riscontro diagnostico SI NO

Trasporto Salma fuori Comune SI NO

La presente si consegna

il giorno ___/___/___ alle ore ____, ____

Il Custode/Personale
addetto di Camera mortuaria

