

Le 11 mai 2017

N/Réf. : 06593 (109495)

Objet : Demande d'accès à l'information reçue le 9 mai 2017 visant à obtenir des formulaires administratifs sur le décès et le traitement du cadavre

Madame,

En réponse à votre demande d'accès du 8 mai 2017, vous trouverez ci-joint copie des documents demandés.

Conformément à l'article 51 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1), nous vous informons que vous pouvez demander la révision de cette décision auprès de la Commission d'accès à l'information. Vous trouverez ci-joint une note d'explication à ce sujet.

Veuillez recevoir, Madame, nos salutations distinguées.



Dana Deslauriers, avocate
Responsable de l'accès aux documents
et de la protection des renseignements personnels

DD/ns

Pièces jointes

VOIR INSTRUCTIONS AU VERSO

Inscrire ici le numéro de dossier donné par le coroner
(ou apposer une étiquette prénumérotée).

ARGENT ET CHÈQUES	
CETTE ENVELOPPE CONTIENT:	
BILLETS DE BANQUE =	_____ \$
PIÈCES =	_____ \$
TOTAL =	_____ \$
() CHÈQUES	
VALEUR TOTALE DES CHÈQUES	_____ \$

NOM DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE _____ SEXE _____

DATE DU DÉCÈS _____ ÂGE _____

ENDROIT DE LA DÉCOUVERTE DU CADAVRE _____

CARTES D'IDENTITÉ, DE CRÉDIT, ETC.	
INSCRIRE LE NOM ET LE NUMÉRO DE LA CARTE	

TRANSFERT DE L'ENVELOPPE		
1	DE	Signature
	À	Signature
2	DE	Signature
	À	Signature
3	DE	Signature
	À	Signature
4	DE	Signature
	À	Signature

AUTRES OBJETS	
OBJET	DESCRIPTION

OBJETS REMIS À:

- MEMBRE DE LA FAMILLE
- DIRECTEUR DE FUNÉRAILLES
- CURATEUR PUBLIC
- AUTRES _____

SIGNATURE DU CORONER OU DE L'AGENT DE LA PAIX _____

Année Mois Jour

TÉMOIN _____ DATE

JE CERTIFIE QUE LA LISTE DES OBJETS EST CONFORME À CE QU'ON M'A REMIS ET JE SIGNE:

SIGNER LE RABAT DE L'ENVELOPPE APRÈS AVOIR SCÉLLÉ CELLE-CI.

Nom et prénom(s) en majuscules _____

Année Mois Jour

Signature _____ Date

Le laboratoire n'amorcera aucune analyse toxicologique sans les informations mentionnées aux sections 1 à 5.

1. Identité de la personne décédée			
Nom et prénom de la personne décédée :		Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
		Âge :	Poids : kg
Nature du décès :		Date du décès : (Année Mois Jour)	Numéro de dossier :
2. Médicament(s) et autre(s) substance(s) retrouvé(s) sur ou chez la personne décédée			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, décrire et préciser :	
3. Renseignements susceptibles d'orienter les analyses			
La personne décédée mentionnée à la section 1 fera-t-elle l'objet d'un don de tissus oculaires à Héma-Québec? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Héma-Québec s'engage à identifier adéquatement les prélèvements effectués et à joindre une copie de la demande d'analyse dûment complétée.			
D'autres prélèvements seront-ils acheminés au laboratoire à la suite d'une autopsie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
4. Prélèvements et analyses ordonnés			
Analyses demandées	Liquides prélevés	Quantité	Récipient
<input type="checkbox"/> Recherche de drogues de rue	<input type="checkbox"/> Urine	12 ml	Tube 13 ml
<input type="checkbox"/> Glucose oculaire	<input type="checkbox"/> Liquide oculaire	2 ml à 3 ml	Tube à bouchon gris 6 ml
<input type="checkbox"/> Alcoolémie	<input type="checkbox"/> Sang fémoral <input type="checkbox"/> Sang autre	2 X 5 ml	Tube à bouchon gris 6 ml
<input type="checkbox"/> Carboxyhémoglobine	Préciser ci-dessous		
<input type="checkbox"/> Dépistage général des médicaments			
<input type="checkbox"/> Autre type de spécimen		Sang autre	
<input type="checkbox"/> Dosage de médicaments et de drogues (identifier les substances à doser) : _____			
RÉSERVÉ À LA PERSONNE QUI RÉALISE LES PRÉLÈVEMENTS			
5. Prélèvements			
Lieu des prélèvements :		Prélèvements effectués par :	
<input type="checkbox"/> Centre hospitalier	<input type="checkbox"/> Héma-Québec	<input type="checkbox"/> Coroner	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Héma-Québec
<input type="checkbox"/> Morgue Montréal ou Québec	<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Pathologiste	<input type="checkbox"/> Autre _____
Le coroner _____ a ordonné les prélèvements et les analyses indiqués à la section 4 sur le corps de la personne identifiée à la section 1. Je comprends que le laboratoire se réserve le droit de refuser les tubes de prélèvements qui ne sont pas scellés et dont l'étiquette n'est pas apposée correctement selon les instructions fournies dans la trousse de prélèvement.			
Cette demande a été effectuée par : <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Télécopieur <input type="checkbox"/> Autre _____			
Date de prélèvement _____	Nom et prénom _____	Signature _____	Téléphone _____
RÉSERVÉ AU LABORATOIRE			
Prélèvement(s) reçu(s) par :	Signature :	Date : (Année Mois Jour)	N° de la requête du laboratoire :

Numéro de dossier

1	Date et heure de l'avis (00:00 à 23:59)	Année	Mois	Jour	Heure	Min.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2	Date probable du décès	Année	Mois	Jour
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Identification de la personne décédée	
Nom à la naissance et prénom	
Adresse (N°, rue, app.)	
Ville	Code postal

4 Autres renseignements	
Sexe :	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Indéterminé
Date de naissance	ou âge approximatif
Année	Mois
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Identification :	
<input type="checkbox"/> Confirmée	<input type="checkbox"/> À confirmer

5	Corps de police impliqué :	Municipalité	
		<input type="checkbox"/> SPVM <input type="checkbox"/> SQ <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> GRC	N° de l'événement
		Nom et prénom de l'enquêteur	

Je, soussigné(e), coroner

6	<input type="checkbox"/> ordonne un examen externe
---	--

7	<input type="checkbox"/> ordonne une expertise aux fins d'identification
---	--

8	<input type="checkbox"/> ordonne des prélèvements	
Analyses de laboratoire requises :		
<input type="checkbox"/> Dépistage général de médicaments	<input type="checkbox"/> Recherche de drogues de rue	<input type="checkbox"/> Dosage de médicaments et de drogues
<input type="checkbox"/> Alcoolémie	<input type="checkbox"/> Glucose oculaire	<input type="checkbox"/> Carboxyhémoglobine (CO)
<input type="checkbox"/> Autres	Préciser : _____	

9	<input type="checkbox"/> ordonne une autopsie
Lieu de l'autopsie :	
<input type="checkbox"/> LSJML	<input type="checkbox"/> Centre hospitalier
Préciser : _____	

10	Motifs et renseignements pertinents :

11	Coroner	Nom et prénom	Signature	Date	Année	Mois	Jour
Téléphone		Télécopieur					

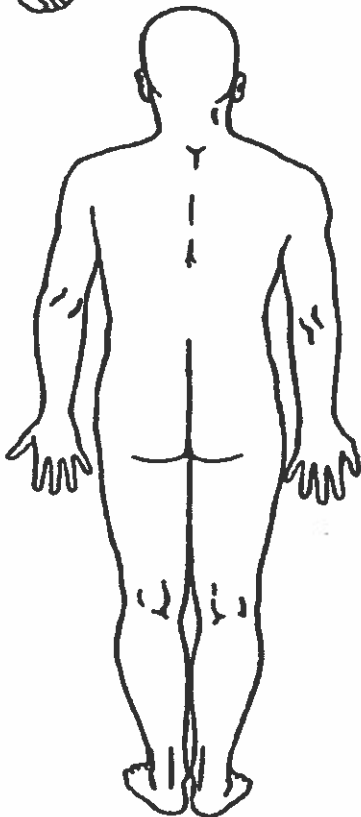
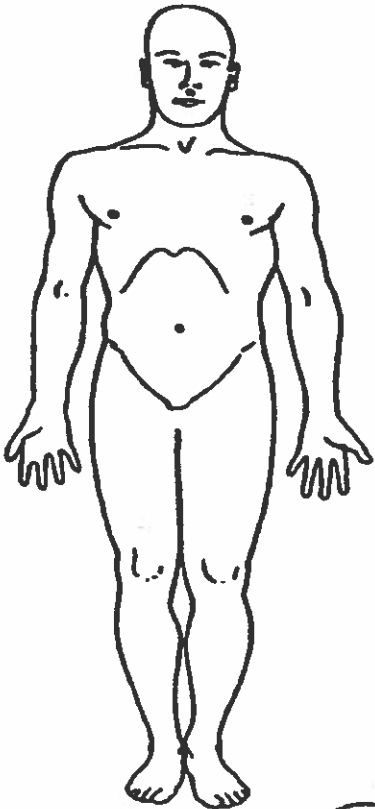
Numéro de dossier

ÉTAT DE CONSERVATION

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Momification |
| <input type="checkbox"/> Médiocre | <input type="checkbox"/> Squelettisation |
| <input type="checkbox"/> Putréfaction légère | <input type="checkbox"/> Adipocire |
| <input type="checkbox"/> Putréfaction modérée | <input type="checkbox"/> Carbonisation |
| <input type="checkbox"/> Putréfaction avancée | |

TEMPÉRATURE DU CORPS

- Chaude Tiède Froide



Nom et prénom :

Âge : Sexe : Race :

Taille : Poids : kg

Lividités : fixes non fixes
Site :

Rigidités : absentes complètes disparues
 en installation en régression
Site :

Sang, écume, saletés, etc.

Localisation :

Interventions thérapeutiques

Description :

Habillement : complet d'intérieur d'extérieur
 partiel aucun détruit par intervenants

Objets personnels Autres objets

Précisions :

Couleur de la peau	État de nutrition	Cheveux	Yeux	Dents
<input type="checkbox"/> naturelle	<input type="checkbox"/> normal	Couleur	Couleur	<input type="checkbox"/> naturelles
<input type="checkbox"/> rose	<input type="checkbox"/> maigre	Longueur	<input type="checkbox"/> pétéchies	<input type="checkbox"/> dentiers
<input type="checkbox"/> cyanosée	<input type="checkbox"/> obésité			<input type="checkbox"/> partiels
<input type="checkbox"/> pâle	<input type="checkbox"/> dénutrition			<input type="checkbox"/> aucune

Tatouages, piercings et autres marques

Nez et bouche Yeux et oreilles

Tête et cou Organes génitaux

Tronc (antérieur) Tronc (postérieur)

Extrémités (supérieures) Extrémités (inférieures)

Sillon de pendaison

Localisation : Largeur : _____

Aspect : Noeud de suspension : _____

Lien de pendaison : _____

Autres constatations significatives :

TOXICOLOGIE :

Laboratoire : INSPQ LSJML autre _____

Prélèvements : sang périphérique sang cardiaque

liquide oculaire urine autre _____

CAUSE DE DÉCÈS :

indéterminée après EE attendre toxicologie suggérons autopsie

COMMENTAIRES :

cas discuté avec le coroner

Lieu de l'examen

Date (année mois jour) Heure

Examineur (nom, prénom) Téléphone

Signature N° de permis

PHOTOS

AUTRES SCHÉMAS

Érosion
Lacération
Ecchymose
Fracture ouverte



Fracture fermée
Coupure
Cicatrice
Piqûre



DÉNOMBREMENT PHARMACOLOGIQUE

Numéro de dossier

Patient :	RESTE :	Patient :	RESTE :
Médecin :		Médecin :	
Pharmacien :		Pharmacien :	
# co. : servi le :		# co. : servi le :	
Rx :		Rx :	

Patient :	RESTE :	Patient :	RESTE :
Médecin :		Médecin :	
Pharmacien :		Pharmacien :	
# co. : servi le :		# co. : servi le :	
Rx :		Rx :	

Patient :	RESTE :	Patient :	RESTE :
Médecin :		Médecin :	
Pharmacien :		Pharmacien :	
# co. : servi le :		# co. : servi le :	
Rx :		Rx :	

Patient :	RESTE :	Patient :	RESTE :
Médecin :		Médecin :	
Pharmacien :		Pharmacien :	
# co. : servi le :		# co. : servi le :	
Rx :		Rx :	

Patient :	RESTE :	Patient :	RESTE :
Médecin :		Médecin :	
Pharmacien :		Pharmacien :	
# co. : servi le :		# co. : servi le :	
Rx :		Rx :	

Commentaires :
