PROTOKÓŁ ZGONU

Zał. nr 3 do Zlec. wyj. nr: ☐☐☐☐☐☐

Data i godz. wystawienia: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ ☐☐-☐☐

ZMARŁY: Imię i nazwisko	
Wiek: (≅)* ☐☐ **Płeć:** ☐K ☐M	**Tożsamość ustalono na podstawie:**
Zameldowany (miasto-kod, ulica, numer, gmina):	

ZGON STWIERDZONO NA PODSTAWIE:

brak akcji serca (w ECS/osłuchowo)	brak oddechu:	ochłodzenie ciała:	zesztywnienie	plamy opadowe nie*/znikające pod uciskiem:	wysychanie rogówek:	mumifikacja*/ rozkład* zwłok:
TAK*	TAK*	TAK*	TAK*	TAK*	TAK*	TAK*
NIE*	NIE*	NIE*	NIE*	NIE*	NIE*	NIE*

PRZYPUSZCZALNA/PEWNA* DATA I GODZINA ZGONU: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ g. ☐☐:☐☐

Zgon nastąpił:		w następstwie:		o charakterze:		Uwagi:
°	przed przybyciem ZRM	°	zachorowania	°	naturalny	
°	w trakcie udzielania świadczeń	°	wypadku	°	próba samobójcza	
°	w czasie transportu medycznego	°	zatrucia	°	znamiona przestępstwa	

Miejsce, w którym przeprowadzono badanie zwłok (adres):	
Dane dot. przeszłości chorobowej zmarłego (schorzenia zagrażające życiu, źródło powyższych danych)	

PRZYCZYNA ZGONU (wg. ICD-10):

wyjściowa:	
wtórna:	
bezpośrednia:	

Wskazane wykonanie sekcji zwłok:	TAK*	NIE*	**Powód:**

Uwagi (w tym przekazanie ew. depozytu):

Zwłoki (oraz Protokół Zgonu) przekazano pod opiekę:	°	Policja/Straż Miejska/PSP*	Dane osoby przejmującej opiekę (imię, nazwisko, funkcja, stopień pokrewieństwa itp.)	Podpis osoby przejmującej
	°	Rodzina zmarłego(-ej)		
	°	Inne:		

1. * - niepotrzebne skreślić 2. ° - zakreślić w przypadku wyboru (X) 3. wypełniać czytelnie 4. kopię dokumentu załączyć do Zlecenia wyjazdu	kod ZRM: ☐☐☐	pieczęć i podpis lekarza

Admed® MEDICAL PARTNER