

Nom de la Force d'intervention \_\_\_\_\_

## RAPPORT D'AUTOPSIE

|              |              |              |               |                  |                    |
|--------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------------------|
| Photographie | Pouce droit  | Index droit  | Majeur droit  | Annulaire droit  | Auriculaire droit  |
|              | Pouce gauche | Index gauche | Majeur gauche | Annulaire gauche | Auriculaire gauche |

Autopsie réalisée par \_\_\_\_\_ Date et heure du décès \_\_\_\_\_ EX n° \_\_\_\_\_

IDENTIFICATION DU DECEDE : \_\_\_\_\_

Photographies du corps (voir attachements)

Inspection des vêtements \_\_\_\_\_

Description physique

Taille : \_\_\_\_\_ Sexe : H / F Race : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ kg Couleur des cheveux : \_\_\_\_\_

Couleur des yeux : \_\_\_\_\_ Résultats des tests ADN inclus : Oui / Non

Dents : \_\_\_\_\_ Cicatrices : \_\_\_\_\_ Tatouages : \_\_\_\_\_

Blessures ante-mortem : \_\_\_\_\_ Difformités congénitales : \_\_\_\_\_

Opérations chirurgicales, marques : \_\_\_\_\_

### DOMMAGES ET BLESSURES

Abrasions :

Contusions :

Lacérations :

Blessures par balles :

Asphyxie :

Toxicologie :

DEVANT

Droite

Gauche

DERRIERE

Gauche

Droite

CAUSE DU DECES : Naturel / Accident / Suicide / Meurtre

Date et heure de la mort : \_\_\_\_\_

Notes :

Signature : \_\_\_\_\_