



Veillez remplir tous les champs

Nom de famille du coroner			Prénom du coroner				
Date de réception de l'appel (aaaa/mm/jj)			Heure de réception de l'appel				
Nom de famille de l'appelant			Prénom de l'appelant				
Poste de l'appelant			N° de téléphone (y compris indicatif régional)				
Nom de famille du défunt			Prénom du défunt				
date de naissance (aaaa/mm/jj)			date du décès (aaaa/mm/jj)				
Lieu du décès (adresse)							
N° de bureau		N° de la rue		Nom de la rue		Case postale	
Ville				Province		Code postal	

Résumé des circonstances/plan d'action :

1. Le décès était-il naturel? <i>Autrement dit, le décès était-il attribuable à des causes naturelles sans aucune contribution d'un état ou d'un événement non naturel?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Le décès était-il raisonnablement prévisible et la cause du décès découle-t-elle d'un processus morbide naturel?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3. Y a-t-il un praticien de la santé désigné pour remplir le certificat médical de décès?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4. Le cas est-il dépourvu de préoccupations importantes relatives aux soins de la part de la famille ou des fournisseurs de soins?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5. La politique du BCC et/ou les obligations légales prévues par le paragraphe 10 (2)(3) sont-elles exclues?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Comprend :		
<ul style="list-style-type: none">• Enfant avec intervention par la SAE (service direct au cours des 12 derniers mois)• Cas critique pour un établissement de soins de longue durée• Corps décomposé• Besoin d'une identification positive• Décès dans :<ul style="list-style-type: none">a) Organisme de bienfaisanceb) Résidence pour enfants en vertu de la Loi sur les services à l'enfance et à la famillec) Foyer résidentiel pour groupes bénéficiant d'un soutien en vertu de la Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelled) Établissement psychiatrique en vertu de la Loi sur la santé mentalee) Établissement en vertu de la Loi sur la santé mentalef) Un hôpital public ou privé où a été transférée la personne, si elle était auparavant dans un établissement ou un foyer visé aux alinéas a) à e)		

Accepté pour une enquête sur le décès? (Critère – répondre « Non » à n'importe quelle question de 1 à 5 et/ou examen attentif des critères prévus à l'article 10?)

Refusé pour une enquête? Si la réponse est oui, les critères d'inclusion en matière de communication de rapports et de paiement ont-ils été respectés?

Présentez par voie électronique la **formule de données et la facture** au bureau du coroner régional principal par l'intermédiaire d'Enterprise Attachment Transfer Service (EATS) ou par télécopieur si le services d'EATS n'est pas disponible pour paiement (voir la formule de facture à la page suivante).