

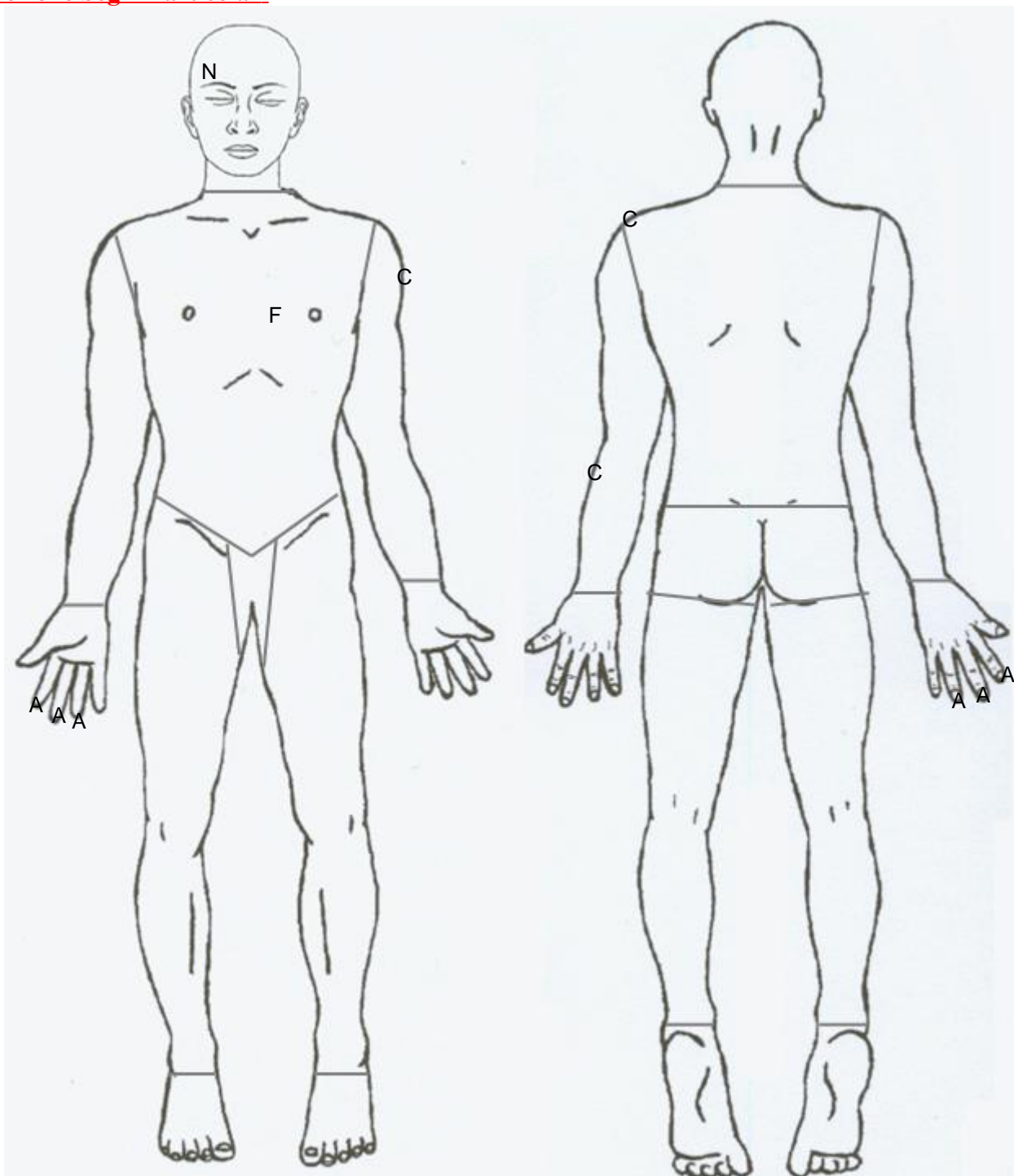
RISC

**SCHEDA Cadavere Non Identificato
(modello p.m.)**

Sezione Connotati Salienti

Tonalità pelle	<input type="text"/>	Sesso accertato	<input type="text"/>
Corporatura	<input type="text"/>	Etnia	<input type="text"/>
Categoria di età	<input type="text"/>	Range di età	<input type="text"/> Da <input type="text"/> A <input type="text"/> (anni)
Età presunta	<input type="text" value="70"/>	Range di peso	<input type="text"/> Da <input type="text"/> A <input type="text"/> (Kg)
Categoria Statura	<input type="text"/>		
Colore Capelli	<input type="text"/>		
Viso	<input type="text"/>		
Fronte	<input type="text"/>		
Naso	<input type="text"/>		
Orecchie	<input type="text"/>		
Sopracciglia	<input type="text"/>		
Occhi	<input type="text"/>		
Bocca	<input type="text"/>		
Mento	<input type="text"/>		
Capelli	<input type="text"/>		
Barba e Baffi	<input type="text"/>		
Iride	<input type="text"/>		

Sezione Segni Particolari



A = Amputazioni / Malformazioni
T = Tatuaggi
C = Cicatrici
P = Piercing
P = Protesi
F = Fratture Ossee

O = Organi Interni Mancanti
O = Operazioni Peggiate
N = Nei / Porri / Malformazioni Cutanee

Circoncisione

Riepilogo Sezione Segni Particolari

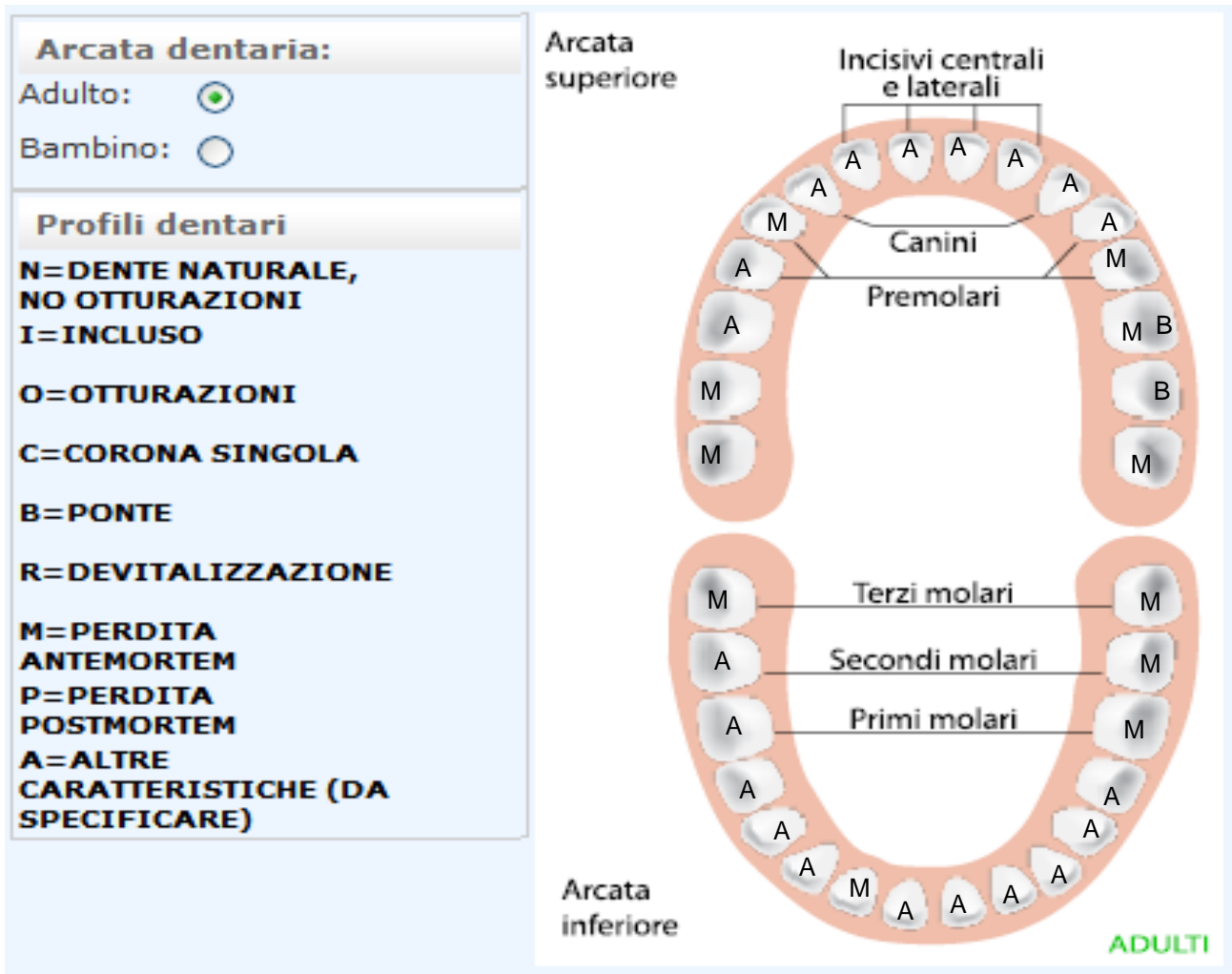
POSIZIONE	SEGNO PARTICOLARE	DETTAGLIO
REGIONE DELTOIDEA SINISTRA	CICATRICE	FORMA OVALARE, DEPRESSA, IPOCROMICA (COME DA ESITO DI VACCINAZIONE) DIAMETRO MAGGIORE 1,5 CM DIAMETRO MINORE 1 CM
SPALLA SINISTRA (REGIONE ACROMIALE)	CICATRICE	FORMA SEMILUNARE CON CONCAVITA' POSTERIORE, PIANA, IPOCROMICA CON DIAMETRO DI CIRCA 1 CM
AVAMBRACCIO SINISTRO SUPERFICIE ESTENSORIA , AL MEDIO PROSSIMALE	CICATRICE	AREE IPOCROMICHE PIANE, DI FORMA GROSSOMODO TONDEGGIANTE, LA MAGGIORE PRESENTA UN DIAMETRO DI CIRCA 1,2 CM
TEMPIA DESTRA	MACCHIA CUTANEA	FORMA TONDEGGIANTE, COLORE BRUNASTRO, DIAMETRO 0,5 CM
MANO DESTRA (II, III, IV DITO)	AMPUTAZIONE	ASSENZA COMPLETA DELLA FALANGE DISTALE DEL III DITO, ASSENZA PARZIALE DELLA FALANGE DISTALE DI II E IV CON RESIDUO UNGUEALE
TORACE	FRATTURE ANTE MORTEM	PRESENZA DI CALLI OSSEI DI VECCHIA DATA ALLE COSTE I, II, IV, V, VI, VII DELL'EMITORACE DESTRO E ALLE COSTE I, IV, V, VI, VII ED VIII DELL'EMITORACE SINISTRO

Sezione Denti

Sommario del profilo dentario

- | | |
|--|--------------------------|
| Profilo dentario con uno o più denti presenti | <input type="checkbox"/> |
| Profilo dentario con denti da latte | <input type="checkbox"/> |
| Profilo dentario con otturazioni o corone singole | <input type="checkbox"/> |
| Profilo dentario con apparecchi ortodontici o protesi removibili | <input type="checkbox"/> |
| Profilo dentario con ponti | <input type="checkbox"/> |
| Profilo dentario con impianti | <input type="checkbox"/> |
| Profilo dentario con devitalizzazioni | <input type="checkbox"/> |
| Profilo dentario con arcata superiore presente | <input type="checkbox"/> |
| Profilo dentario con arcata superiore senza denti | <input type="checkbox"/> |
| Profilo dentario con arcata inferiore presente | <input type="checkbox"/> |
| Profilo dentario con arcata inferiore senza denti | <input type="checkbox"/> |

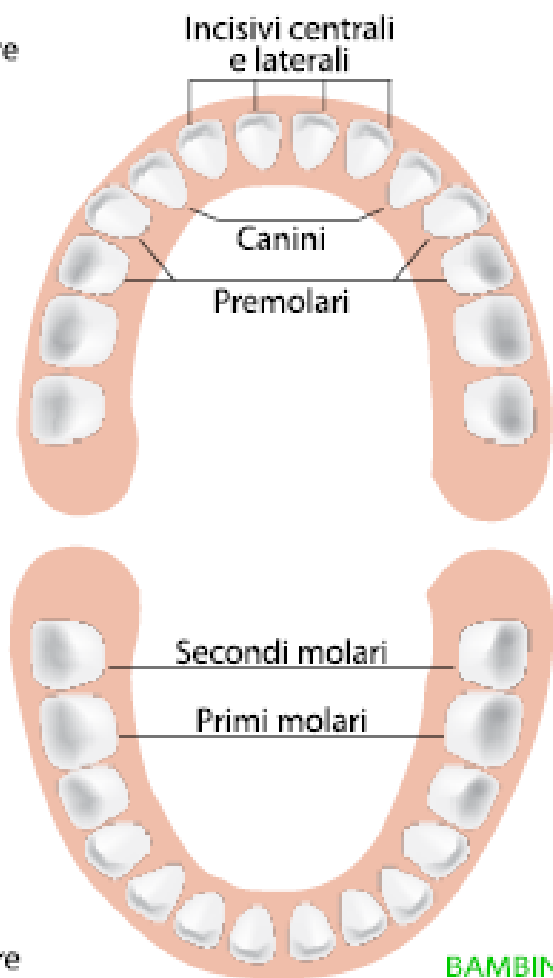
Arcata Dentaria Adulti



Arcata Dentaria Bambini

Arcata dentaria:
Adulto: <input type="radio"/>
Bambino: <input checked="" type="radio"/>
Profili dentari
N= DENTE NATURALE, NO OTTURAZIONI
I= INCLUSO
O= OTTURAZIONI
C= CORONA SINGOLA
B= PONTE
R= DEVITALIZZAZIONE
M= PERDITA ANTEMORTEM
P= PERDITA POSTMORTEM
A= ALTRE CARATTERISTICHE (DA SPECIFICARE)

Arcata
superiore



Arcata
inferiore

BAMBINI

Riepilogo Sezione Denti

DENTE	PROFILO DENTARIO	DETTAGLIO
PRIMO E SECONDO MOLARE SUPERIORI DI SINISTRA	PONTE	PONTE (26-27) CON 26 IN ESTENSIONE
TUTTI GLI ELEMENTI CONTRASSEGNA TI CON LA LETTERA A	RESIDUO RADICOLARE	

Sezione A.G.

--

--

A.G.

Ente	
Procedimento	
Provincia	MONZA BRIANZA

Sezione ALTRO

INDUMENTI INDOSSATI

	Descrizione aggiuntiva
Copricapo	
Soprabito/Cappotto	
Giacca	
Pullover	
Tuta	
Maglietta/T-Shirt	
Camicia	
Pantaloni	
Gonna	
Scarpe	
Altro	

EFFETTI PERSONALI

	Descrizione aggiuntiva	
Orologi	<input type="checkbox"/>	
Collane	<input type="checkbox"/>	
Bracciali	<input type="checkbox"/>	
Occhiali	<input type="checkbox"/>	
Anelli	<input type="checkbox"/>	
Orecchini	<input type="checkbox"/>	

DOCUMENTI E TITOLI

	Descrizione aggiuntiva	
Carta di identità	<input type="checkbox"/>	
Passaporto	<input type="checkbox"/>	
Patente di guida	<input type="checkbox"/>	
Permesso di soggiorno	<input type="checkbox"/>	
Porto d'armi	<input type="checkbox"/>	
Carta di credito	<input type="checkbox"/>	
Biglietto di viaggio	<input type="checkbox"/>	
Tesserino iscrizione ad albi o affini	<input type="checkbox"/>	

CONDIZIONI CADAVERE

		Descrizione aggiuntiva
Viso riconoscibile	<input type="checkbox"/>	
Putrefazione	<input type="checkbox"/>	
Carbonizzato/Bruciato	<input type="checkbox"/>	
Sfacelo Corporeo	<input type="checkbox"/>	
Depezzato	<input type="checkbox"/>	
Cadavere in acqua	<input type="checkbox"/>	
Mummificato/Corificato	<input type="checkbox"/>	
Completa Scheletrizzazione	<input type="checkbox"/>	
Parziale Scheletrizzazione	<input type="checkbox"/>	
Resti Frammentari	<input type="checkbox"/>	

INVENTARIO DEL CADAVERE

		Descrizione aggiuntiva
Tutte le parti recuperate	<input type="checkbox"/>	
Testa non recuperata	<input type="checkbox"/>	
Torace non recuperato	<input type="checkbox"/>	
Arto Non Recuperato Superiore Destro (O Parti)	<input type="checkbox"/>	
Arto Non Recuperato Superiore Sinistro (O Parti)	<input type="checkbox"/>	
Arto Non Recuperato Inferiore Destro (O Parti)	<input type="checkbox"/>	
Arto Non Recuperato Inferiore Sinistro (O Parti)	<input type="checkbox"/>	

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

>> ABITUDINI DI VITA

		Descrizione aggiuntiva
Tabagismo	<input type="checkbox"/>	
Tossicodipendenza	<input type="checkbox"/>	
Alcolismo	<input type="checkbox"/>	
Altro	<input type="checkbox"/>	
Probabile causa morte	<input type="checkbox"/>	
Probabile epoca morte	<input type="text"/>	GG/MM/AAAA
Corpi estranei	<input type="checkbox"/>	
Impronte digitali	<input type="text"/>	

>> REPERTI

		Descrizione aggiuntiva
DNA	<input type="checkbox"/>	
Reperti sangue	<input type="checkbox"/>	
Reperti Osso	<input type="checkbox"/>	
Reperti Denti	<input type="checkbox"/>	
Reperti Visceri	<input type="checkbox"/>	
Reperti Radiografie	<input type="checkbox"/>	
Reperti Calchi Dentari	<input type="checkbox"/>	
Reperti Fotografie	<input type="checkbox"/>	
Reperti altri liquidi	<input type="checkbox"/>	

Note

Sezione FOTO

Immagini Cadavere Non Identificato

OSSERVAZIONI