

RISC

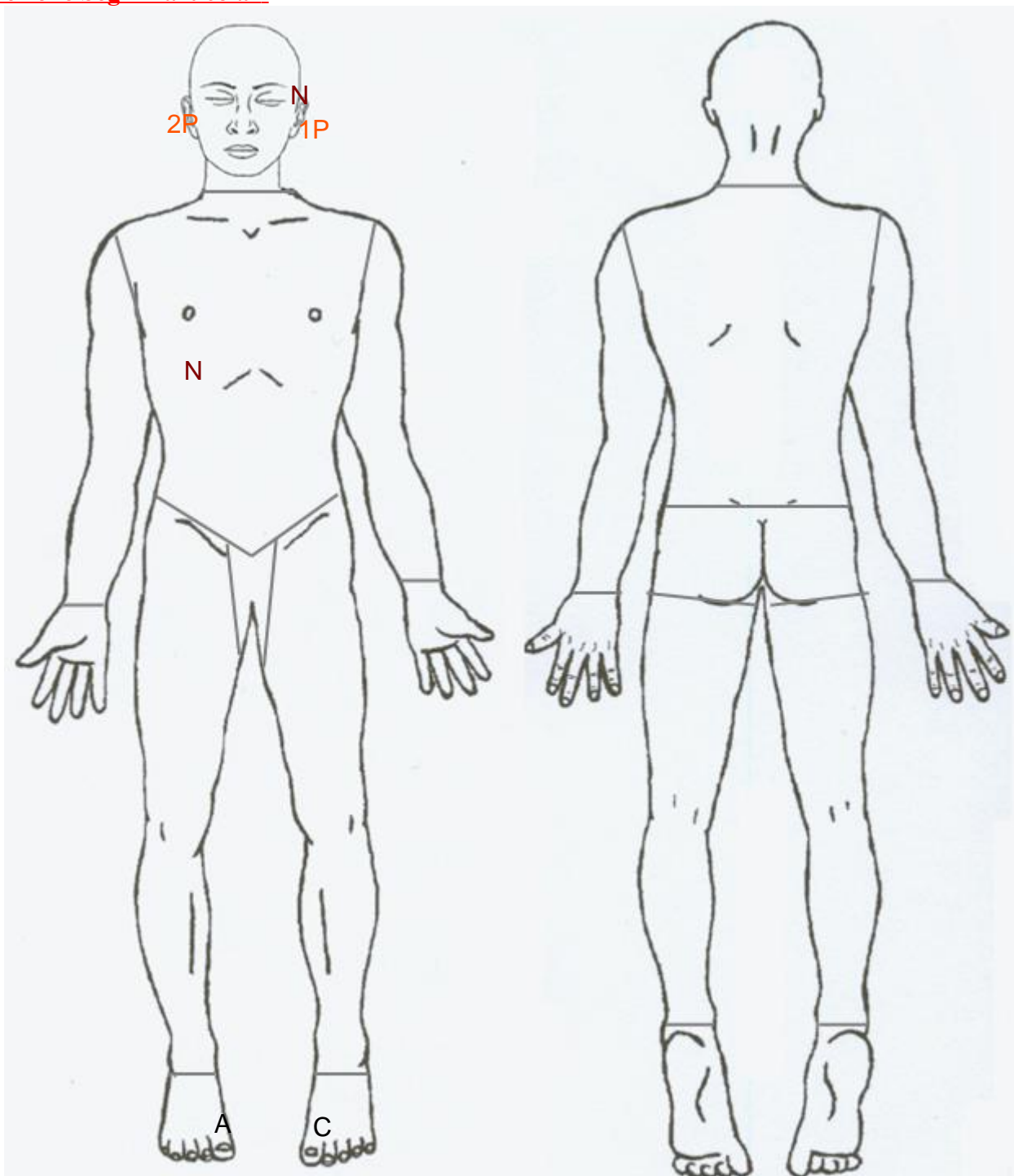
**SCHEDA Cadavere Non Identificato
(modello p.m.)**

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 (anni)
Età presunta	<input type="text"/>	Range di peso	<input type="text"/> Da <input type="text"/> A (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
LOBO ORECCHIO DESTRO	2 FORI PER ORECCHINO	
LOBO ORECCHIO SINISTRO	1 FORO PER ORECCHINO	
ALL'IMPIANTO DEL PADIGLIONE AURICOLARE SX TERZO SUPERIORE	NEVO	VERRUCOSO, IPERCROMICO, DEL DIAMETRO 0,5 CM
AL TORACE, REGIONE COSTALE DX, SULLA LINEA EMICLAVEARE	NEVO	VERRUCOSO, IPERCROMICO TONDEGGIANTE CON DIAMETRO 1,3 CM
ALLUCE DESTRO	VALGISMO	
ALLUCE SINISTRO, SUPERFICIE DORSO LAT.	CICATRICE CHIRURGICA	ASPETTO NON RECENTE, LINEARE, IPOCROMICA, PIANA, AD ANDAMENTO CONCORDE ALL'ASSE MAGGIORE DEL PIEDE.
ALLUCE SINISTRO	VITE INTRA-OSSEA	DA PROBABILE CORREZIONE CHIRURGICA DEL VALGISMO.

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"/> |

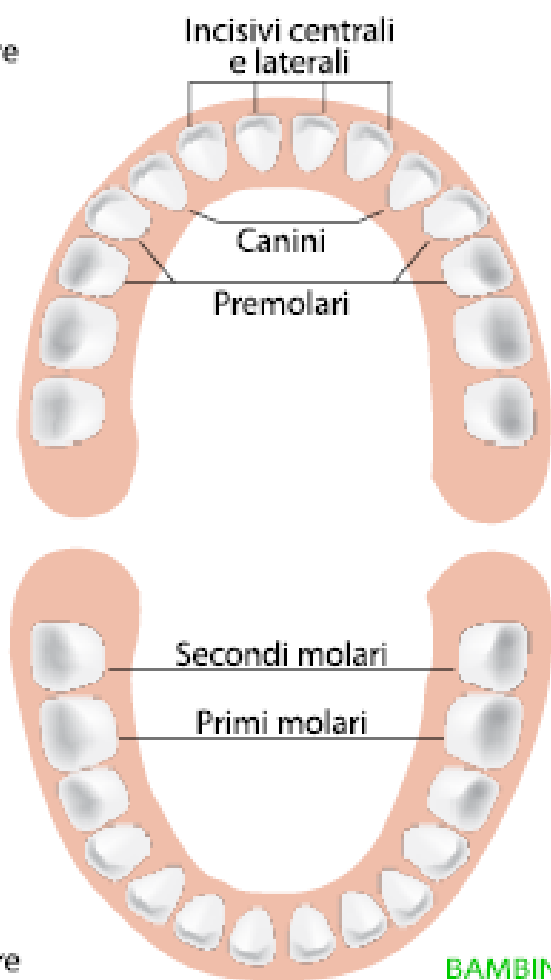
Arcata Dentaria Adulti

<p>Arcata dentaria:</p> <p>Adulto: <input checked="" type="radio"/></p> <p>Bambino: <input type="radio"/></p>	<p style="text-align: center;">Arcata superiore</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DX SX </div> <p style="text-align: center;">Arcata inferiore</p> <p style="text-align: right; color: green; font-weight: bold;">ADULTI</p>
<p>Profili dentari</p> <p>N=DENTE NATURALE, NO OTTURAZIONI</p> <p>I=INCLUSO</p> <p>O=OTTURAZIONI</p> <p>C=CORONA SINGOLA</p> <p>B=PONTE</p> <p>R=DEVITALIZZAZIONE</p> <p>M=PERDITA ANTEMORTEM</p> <p>P=PERDITA POSTMORTEM</p> <p>A=ALTRE CARATTERISTICHE (DA SPECIFICARE)</p>	<p style="text-align: center;">Incisivi centrali e laterali</p> <p style="text-align: center;">Canini</p> <p style="text-align: center;">Premolari</p> <p style="text-align: center;">Terzi molari</p> <p style="text-align: center;">Secondi molari</p> <p style="text-align: center;">Primi molari</p>

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

Sezione A.G.

--

--

A.G.

Ente	<input type="text"/>
Procedimento	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>

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

Immagine Cadavere Non Identificato

OSSERVAZIONI