

**RICHIESTA DI RISCONTRO DIAGNOSTICO**

Data		Cognome e Nome		Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data di Nascita / /
Ricoverato		Ospedale		Unità Operativa	
SI	NO	<input type="checkbox"/> Vicenza <input type="checkbox"/> Noventa <input type="checkbox"/> Arzignano	<input type="checkbox"/> Valdagno <input type="checkbox"/> Lonigo <input type="checkbox"/> Montebelluna	Data decesso / / Ora di decesso h.	
Figlio di: Cognome nome della madre <sup>1</sup>					

**Si informa che** (barrare la parte interessata)

☐ È STATA ☐ NON È STATA inviata segnalazione all'Autorità Giudiziaria

<b>Allegati</b>	<input type="checkbox"/> Cartella Clinica	<input type="checkbox"/> Verbale PS	<input type="checkbox"/> Scheda SUEM	<input type="checkbox"/> Certificato assistenza al parto
-----------------	-------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------------------------

L'autopsia clinica è **obbligatoria** nei seguenti casi:

- Morte da cause non chiare / morte a domicilio senza assistenza medica (assenza/inadeguatezza scheda Istat, art. 37 DPR 285/1990);
- Sospetto decesso da malattia di Creutzfeldt - Jacob;
- Morte improvvisa neonatale (SIDS) previo consenso dei genitori (Art. 1 C.1 L. 31/2006). I lattanti deceduti improvvisamente entro un anno di vita, **senza causa apparente**, devono essere sottoposti, con il consenso di entrambi i genitori, a riscontro diagnostico.
- Morte inaspettata del feto, **senza causa apparente**, dopo la 25 settimana di gestazione con il consenso di entrambi i genitori (Art. 1 C.1 L. 31/2006).<sup>1</sup>

L'autopsia clinica è raccomandata nei seguenti casi:

- Giunto cadavere<sup>2</sup>;
- Morte improvvisa inaspettata<sup>3</sup>;
- Nati vivi ma deceduti in costanza di ricovero dalla nascita;
- Morte in caso di sperimentazione terapeutica;
- Morte intraoperatoria o in corso di esame diagnostico invasivo o radiologico con somministrazione di mezzo di contrasto;
- Morte entro 48 ore dall'intervento strumentale/diagnostico invasivo;
- Morte di donna gravida o di puerpera entro 7 giorni dal parto;
- Morte in reparto psichiatrico;
- Morte in sospetta malattia infettiva-diffusiva qualora sia impossibile accertare l'agente eziologico con mezzi alternativi.

**Nota:** si rammenta che, salvo il caso unico della SIDS in cui, al citato Art. 1 c. 1 della Legge 31/2006, i prossimi congiunti non hanno titolo ad opporsi ad una autopsia. Ai sensi dell'Art. 4 c. 4 Legge 24/2017 i familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possono concordare con il direttore sanitario, o il suo delegato, l'esecuzione del riscontro diagnostico, sia nel caso di decesso ospedaliero che in altro luogo e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia.

<sup>1</sup> Nel caso di nati morti dopo la 25° settimana di gestazione.

<sup>2</sup> È il cadavere di persona deceduta senza assistenza medica e trasportato in un ospedale o in un deposito di osservazione o in un obitorio. L'assenza di assistenza medica è individuata nei casi in cui si tratti del cadavere di una persona sconosciuta al MMG oppure che non è stata ricoverata nel recente passato.

<sup>3</sup> Morte inaspettata di un soggetto in pieno benessere o avvenuta nell'arco delle 24 ore senza che le indagini abbiano potuto individuare una possibile e sufficiente causa di morte.

**Diagnosi o notizie cliniche**

.....  
.....

**SI ALLEGA CARTELLA CLINICA (OBBLIGATORIO)**

**Quesiti clinici particolari**

.....  
.....

.....  
Firma e timbro **OBBLIGATORIO** del medico richiedente

---

Legge 2 febbraio 2006, nr. 31: Disciplina del riscontro diagnostico  
sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)  
e di morte inaspettata del feto

**CONSENSO DEI GENITORI ALL'AUTOPSIA**

Noi sottoscritti rispettivamente:

1. Madre ..... 2. Padre .....

di ..... nato a ..... il .....

deceduto a ..... Il ..... alle ore .....

☐ Prestiamo il nostro consenso ai sensi art. 1 c.1 Legge 31/2006 che venga eseguita l'autopsia sul corpo di nostro/a figlio/a come sopra generalizzato, e, dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute, i sottoscritti ACCETTANO altresì liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'esecuzione di eventuali indagini genetiche molecolari e tossicologiche che si rendessero necessarie.

☐ Non prestiamo il nostro consenso ai sensi art. 1 c.1 Legge 31/2006 che venga eseguita l'autopsia sul corpo di nostro/a figlio/a come sopra generalizzato.

Firma dei genitori (allegare fotocopia documento d'identità)

1..... 2.....

Nel caso un genitore non sia presente autocertificare, ai sensi dell'art. 317 del Codice Civile, che questi non può firmare

il consenso in quanto assente per : ☐ lontananza ☐ impedimento

Firma dell'unico genitore presente.....

---

Legge 8 marzo 2017, nr. 24

**RICHIESTA DI RISCONTRO DIAGNOSTICO (AUTOPSIA) DA PARTE DEI FAMILIARI**

Il sottoscritto: Cognome..... Nome.....

relazione con il deceduto.....

richiede sia eseguito il riscontro diagnostico sulla salma di .....

per le seguenti motivazioni.....

Incarico il Dottor .....di presenziare agli accertamenti.

Firma (allegare fotocopia documento d'identità) .....