



Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda



CODICE FISCALE DELLA DEFUNTA
CODICE FISCALE DEL PADRE
CODICE FISCALE DELLA MADRE

ISTAT D.5 bis - Ediz. 2004 F bis

COPIA PER L'ISTAT

Cognome e nome della defunta
Età

SCHEDA DI MORTE NEL 1° ANNO DI VITA PER FEMMINA

N. d'ordine della scheda

PARTE A - A CURA DEL MEDICO

LUOGO DEL DECESSO

- Abitazione
Istituto di cura pubblico
Istituto di cura privato
Altro (specificare)

Province di
Comune di
CODICE DELLA ASL DI DECESSO
RISCONTRO DIAGNOSTICO
Richiesto
Non richiesto

MORTE DA CAUSA NATURALE

1. Causa iniziale (scrivere in stampatello)
Scegliere la SOLA patologia che ha dato inizio alla catena dei processi morbosi indicati ai punti 2. e 3.

Intervallo (a)
mesi giorni ore

che ha provocato causa 2

2. Causa intermedia (scrivere in stampatello)
Eventuali complicazioni o evoluzione della causa precedente, indicata al punto 1.

Intervallo (a)
mesi giorni ore

che ha/hanno provocato causa 3

3. Causa terminale (scrivere in stampatello)
Patologia che ha immediatamente preceduto il decesso collegata alle cause indicate ai punti 1. e 2.

Intervallo (a)
mesi giorni ore

4. Altri stati morbosi rilevanti che hanno contribuito al decesso (scrivere in stampatello)
Indicare altre malattie o stati morbosi (anomalie o malformazioni congenite) esclusi dal concatenamento indicato ai punti 1 2 3, ma che hanno contribuito al decesso.

Intervallo (a)
mesi giorni ore

Intervallo (a)
mesi giorni ore

Intervallo (a)
mesi giorni ore

(a) Indicare anche approssimativamente l'intervallo tra l'insorgenza della malattia e la morte

MORTE DA CAUSA VIOLENTA

5. Causa violenta
Accidentale
Infanticidio

6. Descrizione della lesione (scrivere in stampatello)

7. Malattie o complicazioni eventualmente sopravvenute conseguenti alla lesione (scrivere in stampatello)

8. Stati morbosi preesistenti comprese anomalie o malformazioni congenite che hanno eventualmente contribuito al decesso (scrivere in stampatello)

9.1 Modalità che ha provocato la lesione indicata al punto 6 (soffocamento da corpo estraneo, soffocamento nella culla, caduta da gradino, contatto con filo percorso da corrente elettrica, ecc.) (scrivere in stampatello)

Indicare l'intervallo di tempo tra l'azione violenta e la morte

9.2 Data dell'accidente, infanticidio
Ora
Giorno
Mese
Anno

9.3 Luogo dell'accidente, infanticidio

- Abitazione
Istituzione collettiva
Scuola, istituzioni e aree della pubblica amministrazione
Luogo dedicato alle attività sportive
Strade e vie
Luogo di commercio e servizio
Area industriale e di costruzione
Azienda agricola
Altri luoghi (specificare)

PARTE B - NOTIZIE A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (CONTROLLARE ED EVENTUALMENTE CORREGGERE IL COGNOME E IL NOME DELLA DEFUNTA)

ATTO DI MORTE

Numero
Parte
Serie
UFFICIO DI STATO CIVILE
CIRCOSCRIZIONE

Table with columns for Comune and Provincia, and rows for N. distintivo da apporre con il timbro.

1. Data di morte
Ora
Giorno
Mese
Anno

2. Data di nascita
Ora
Giorno
Mese
Anno

3. Località di nascita
Stesso comune di morte
Altro comune
Stato estero

4. Età compiuta
Se fino ad un giorno indicare il numero di ore
Se oltre un giorno e fino ad un mese indicare il num. di giorni
Se oltre un mese e fino ad un anno indicare il num. di mesi

5. Genere del parto
Parto semplice
Parto plurimo

6. Filiazione
Legittima
Naturale riconosciuta solo dalla madre
Solo dal padre
Da entrambi i genitori
Naturale non riconosciuta e di filiazione ignota

7. Data di nascita della madre
Giorno
Mese
Anno

8. Residenza della madre
Stesso comune di morte
Altro comune
Stato estero

9. Grado di istruzione dei genitori
Laurea
Diploma universitario o laurea breve
Diploma di scuola media superiore
Licenza di scuola media inferiore
Licenza elementare o nessun titolo

11. Condizione professionale o non professionale dei genitori

Occupato
Disoccupato
In cerca di prima occupazione
Ritirato dal lavoro
Casalingo/a
Studente
Inabile al lavoro
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile)

12. Posizione nella professione dei genitori

Per lavoratori autonomi
Imprenditore o libero professionista
Lavoratore in proprio o coadiuvante
Altro
Per lavoratori dipendenti
Dirigente o direttivo
Impiegato o intermedio
Operaio o assimilato
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)

13. Ramo di attività economica dei genitori

Agricoltura, caccia e pesca
Industria
Commercio, pubblici esercizi, alberghi
Pubblica amministrazione e servizi pubblici
Altri servizi privati

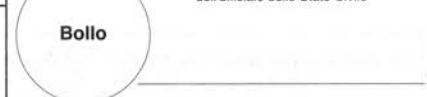
14. Cittadinanza dei genitori

Italiana
Per nascita
Acquisita
Straniera

Non conosciuta (*)

(*) nel caso dei nati naturali riconosciuti da uno solo dei genitori (è sconosciuta la cittadinanza dell'altro) o non riconosciuti o di filiazione ignota (sconosciuta la cittadinanza di entrambi i genitori)

Firma, nominativo e recapito dell'ufficiale dello Stato Civile



DICHIARO CHE LE CAUSE DELLA MORTE SECONDO SCIENZA E COSCIENZA, SONO QUELLE DA ME SOPRAINDICATE

Data
curante
necroscopo

Timbro e telefono del medico o della struttura

(b) Solo per i Comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni