

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 22 janvier 2025



Objet : Demande d'accès à l'information du 18 décembre 2024



Par la présente, nous donnons suite à votre demande d'accès 174, datée du 18 décembre 2024, et visant à obtenir une copie des formulaires suivants, utiles à l'application de la *Loi sur les coroners* et qui ont été prescrits par le coroner en chef depuis le 1^{er} janvier 2020 jusqu'au 19 décembre 2024, intitulés :

- (i) Expertises – Examen externe;
- (ii) Expertises – Autopsie (CH et LSJML);
- (iii) Expertises – Prélèvement/analyse;
- (iv) Autres expertises – Bactériologie, biologie, histologie, sperme;
- (v) Gestion du corps ou des restes – Confirmation de décès;
- (vi) Autres – Demande d'enquête ou de complément d'enquête à un agent de la paix.

En réponse à votre demande, vous trouverez ci-joint les formulaires :

- Examen externe d'un cadavre;
- Ordonnance d'examen externe d'autopsie ou d'expertise;
- Demande d'analyse toxicologique prélèvement post-mortem;
- Confirmation de décès;
- Demande d'enquête ou de complément d'enquête à un agent de la paix.

...2

Le formulaire *Ordonnance d'examen externe d'autopsie ou d'expertise* est le même utilisé pour les autopsies en Centre hospitalier (CH) ou au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML). Il est également celui utilisé pour les « Autres expertises », où le coroner peut indiquer sous la section « Motifs et renseignements pertinents » les analyses supplémentaires demandées.

Conformément à l'article 51 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, chapitre A-2.1, nous vous informons que vous pouvez demander la révision de cette décision auprès de la Commission d'accès à l'information. Vous trouverez ci-joint une note explicative à ce sujet.

Veuillez recevoir, [REDACTED] nos salutations distinguées.



François Martin, avocat
Responsable de l'accès aux documents
et de la protection des renseignements personnels

p. j.

Numéro de dossier
Numéro SP-3

Nom de la personne décédée	Prénom	Sexe Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Date de naissance Année Mois Jour

Date du décès Année Mois Jour	Lieu du décès	Municipalité/territoire non organisé du décès

Date de la constatation du décès Année Mois Jour	Lieu du constat de décès

Municipalité/territoire non organisé du constat de décès

Nom du coroner	Prénom du coroner

Signature du coroner	Date Année Mois Jour

DIRECTEUR DE L'ÉTAT CIVIL

Numéro de dossier
Numéro SP-3

Nom de la personne décédée	Prénom	Sexe Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Date de naissance Année Mois Jour
----------------------------	--------	---	--------------------------------------

Date du décès Année Mois Jour	Lieu du décès	Municipalité/territoire non organisé du décès
----------------------------------	---------------	---

Date de la constatation du décès Année Mois Jour	Lieu du constat de décès	Municipalité/territoire non organisé du constat de décès
---	--------------------------	--

Signature du coroner	Date Année Mois Jour
----------------------	-------------------------

Nom du coroner	Prénom du coroner
----------------	-------------------

INFORMATION DISPONIBLE

Expertise(s) demandée(s) Oui Non

Causes probables du décès (si l'information est disponible)

Circonstances du décès (si l'information est disponible)

Signature du coroner	Date Année Mois Jour
----------------------	-------------------------

Numéro de dossier

Concernant le décès de

Nom		Prénom	
Date du décès	Année Mois Jour	Endroit Hors Québec	

Corps policier

Nom du corps policier	Nom de l'agent
-----------------------	----------------

Conformément à l'article 47, je demande, à un agent de la paix :

- une enquête un complément d'enquête

Motifs

Éléments recherchés

IDENTIFICATION DU CORONER

Nom du coroner	Prénom du coroner	Téléphone
Adresse		Courriel
Signature		Date Année Mois Jour

Le laboratoire n'amorcera aucune analyse toxicologique sans les informations mentionnées aux sections 1 à 5.

1. Identité de la personne décédée

Nom et prénom de la personne décédée (en lettres moulées) :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Indéterminé	Âge : Année(s)	Poids :
Cause probable du décès :	Date du décès : (AAAA – MM – JJ)	Numéro de dossier du coroner :	

2. Médicament(s) et autre(s) substance(s) retrouvé(s) sur ou chez la victime

<input type="checkbox"/> Oui	Liste des substances
<input type="checkbox"/> Non	

3. Renseignements susceptibles d'orienter les analyses

je teste mes informations

La personne décédée mentionnée à la section 1 fera-t-elle l'objet d'un don de tissu oculaire? Oui Non
 D'autres prélèvements seront-ils acheminés au laboratoire suite à une autopsie? Oui Non

4. Prélèvements et analyses ordonnés

Analyses demandées	Liquides prélevés	Quantité	Récipient
<input type="checkbox"/> Recherche de drogues de rue	<input type="checkbox"/> Urine	12 ml	Tube 13 ml
<input type="checkbox"/> Glucose oculaire	<input type="checkbox"/> Liquide oculaire	2 ml à 3 ml	Tube à bouchon gris 6 ml
<input type="checkbox"/> Alcoolémie	<input type="checkbox"/> Sang fémoral	2 X 5 ml	Tube à bouchon gris 6 ml
<input type="checkbox"/> Carboxyhémoglobine	<input type="checkbox"/> Sang cardiaque		
<input type="checkbox"/> Dépistage général des médicaments	<input type="checkbox"/> Sang autre <i>précisez ci-dessous</i>		

Autre type spécimen _____ Sang, autre
Précisez *Précisez*

Dosage de médicaments et de drogues (identifier les substances à doser) :

RÉSERVÉ À LA PERSONNE QUI RÉALISE LES PRÉLÈVEMENTS

5. Prélèvements

Lieu des prélèvements : _____ Prélèvements effectués par : _____

Le coroner _____ a ordonné les prélèvements et les analyses indiqués à la section 4 sur le corps de la personne identifiée à la section 1. Je comprends que le laboratoire se réserve le droit de refuser les tubes de prélèvement qui ne sont pas scellés et dont l'étiquette n'est pas apposée correctement **selon les instructions fournies dans la trousse de prélèvement.**

Cette demande a été effectuée par : Téléphone Télécopieur Autre

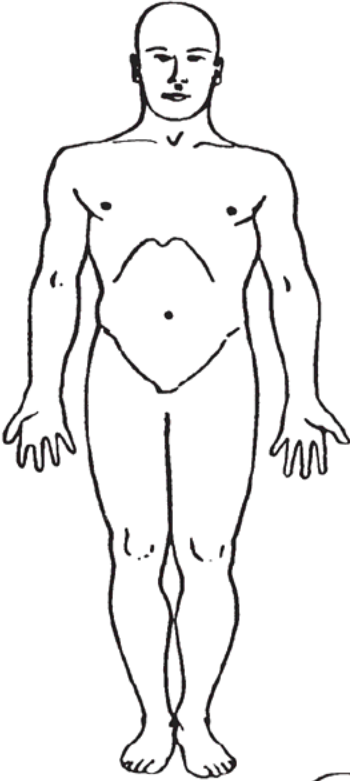
_____ *Date de prélèvement* _____ *Nom et prénom en lettres moulées* _____ *Signature* _____ *Ind. régional Numéro de téléphone*

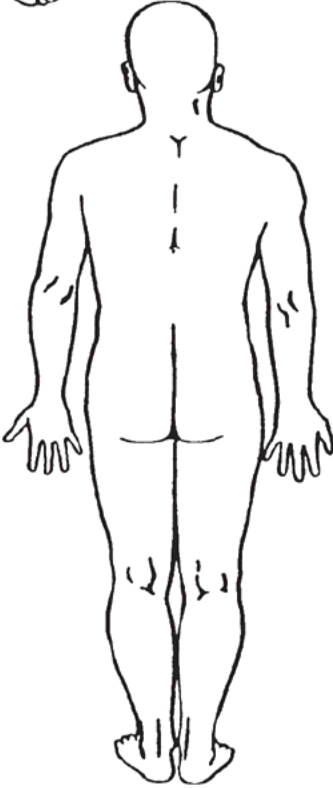
RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Prélèvement(s) reçu(s) par :	Signature :	Date : (AAAA-MM-JJ)	No de la requête du laboratoire :
------------------------------	-------------	---------------------	-----------------------------------

Numéro du dossier

ÉTAT DE CONSERVATION	
<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Momification
<input type="checkbox"/> Médiocre	<input type="checkbox"/> Squelettisation
<input type="checkbox"/> Putréfaction légère	<input type="checkbox"/> Adipocire
<input type="checkbox"/> Putréfaction modérée	<input type="checkbox"/> Carbonisation
<input type="checkbox"/> Putréfaction avancée	
TEMPÉRATURE DU CORPS	
<input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Tiède
<input type="checkbox"/> Froide	





PHOTOS

AUTRES SCHÉMAS

Érosion	☞	Fracture fermée	⊕
Lacération	✕	Coupure	—
Ecchymose	○	Cicatrice	≡
Fracture ouverte	#	Piqûre	●

Nom et prénom(s) :				
Âge :	Sexe :	Race :		
Taille :	Poids : kg			
Lividités :	<input type="checkbox"/> fixes	<input type="checkbox"/> non fixes		
Site :				
Rigidités :	<input type="checkbox"/> absentes	<input type="checkbox"/> complètes	<input type="checkbox"/> disparues	
	<input type="checkbox"/> en installation	<input type="checkbox"/> en régression		
Site :				
Sang, écume, saletés, etc. Localisation :				
Interventions thérapeutiques <input type="checkbox"/>				
Description :				
Habillement :	<input type="checkbox"/> complet	<input type="checkbox"/> d'intérieur	<input type="checkbox"/> d'extérieur	
	<input type="checkbox"/> partiel	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> détruit par intervenants	
<input type="checkbox"/> Objets personnels				<input type="checkbox"/> Autres objets
Précisions :				
Couleur de la peau	État de nutrition	Cheveux	Yeux	Dents
<input type="checkbox"/> naturelle	<input type="checkbox"/> normal	Couleur	Couleur	<input type="checkbox"/> naturelles
<input type="checkbox"/> rose	<input type="checkbox"/> maigre	Longueur	<input type="checkbox"/> pétéchies	<input type="checkbox"/> dentiers
<input type="checkbox"/> cyanosée	<input type="checkbox"/> obésité			<input type="checkbox"/> partiels
<input type="checkbox"/> pâle	<input type="checkbox"/> dénutrition			<input type="checkbox"/> aucune
Tatouages, piercings et autres marques				
Nez et bouche		Yeux et oreilles		
Tête et cou		Organes génitaux		
Tronc (antérieur)		Tronc (postérieur)		
Extrémités (supérieures)		Extrémités (inférieures)		
Sillon de pendaison <input type="checkbox"/>				
Localisation :		Largeur :		
Aspect :		Noeud de suspension :		
Lien de pendaison :				
Autres constatations significatives :				
<hr/> <hr/>				
Toxicologie				
Laboratoire :	<input type="checkbox"/> INSPQ	<input type="checkbox"/> LSJML	<input type="checkbox"/> autre _____	
Prélèvements :	<input type="checkbox"/> sang périphérique		<input type="checkbox"/> sang cardiaque	
	<input type="checkbox"/> Liquide oculaire	<input type="checkbox"/> urine	<input type="checkbox"/> autre _____	
CAUSE DE DÉCÈS :				
<input type="checkbox"/> indéterminée après EE		<input type="checkbox"/> attendre toxicologie		<input type="checkbox"/> suggérons autopsie
<hr/>				
COMMENTAIRES : <input type="checkbox"/> Cas discuté avec le coroner				
<hr/>				
Lieu de l'examen				
Date (jour, mois, année)			Heure	
Examineur (nom, prénom, téléphone)				
Signature				N° de permis

Numéro du dossier

Patient :	RESTE :	Patient :	RESTE :
Médecin :		Médecin :	
Pharmacien :		Pharmacien :	
# co. : servi le :		# co. : servi le :	
Rx :		Rx :	

Patient :	RESTE :	Patient :	RESTE :
Médecin :		Médecin :	
Pharmacien :		Pharmacien :	
# co. : servi le :		# co. : servi le :	
Rx :		Rx :	

Patient :	RESTE :	Patient :	RESTE :
Médecin :		Médecin :	
Pharmacien :		Pharmacien :	
# co. : servi le :		# co. : servi le :	
Rx :		Rx :	

Patient :	RESTE :	Patient :	RESTE :
Médecin :		Médecin :	
Pharmacien :		Pharmacien :	
# co. : servi le :		# co. : servi le :	
Rx :		Rx :	

Patient :	RESTE :	Patient :	RESTE :
Médecin :		Médecin :	
Pharmacien :		Pharmacien :	
# co. : servi le :		# co. : servi le :	
Rx :		Rx :	

Commentaires :

ORDONNANCE D'EXAMEN EXTERNE, D'AUTOPSIE OU D'EXPERTISE

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

(RLRQ, chapitre R-0.2, a. 73)

Numéro de dossier

--

1. Date et heure de l'avis (00:00 à 23:59)	Année	Mois	Jour	Heure	Min.

2. Date du décès	Année	Mois	Jour

3. Identification de la personne décédée	
Nom à la naissance et prénom [REDACTED]	
Adresse (N°, rue, app.) [REDACTED]	
Ville [REDACTED]	Code postal [REDACTED]

4. Autres renseignements	
Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Indéterminé	Poids (kg) : [REDACTED]
Taille (cm) : [REDACTED]	
Date de naissance Année Mois Jour ou âge approximatif [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	
Identification : <input checked="" type="checkbox"/> Confirmée <input type="checkbox"/> À confirmer	Numéro d'assurance maladie : [REDACTED]

5. Corps de police impliqué : <input type="checkbox"/> SPVM <input type="checkbox"/> SQ <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Autre	Municipalité [REDACTED]
	Nom et prénom de l'enquêteur [REDACTED] N° de l'évènement [REDACTED]

Je, soussigné, coroner

6. ordonne un examen externe

7. ordonne une expertise aux fins d'identification :

8. ordonne des prélèvements
Analyses de laboratoire requises :

<input type="checkbox"/> Dépistage général de médicaments	<input type="checkbox"/> Recherche de drogues de rue	<input type="checkbox"/> Dosage de médicaments et de drogues : Préciser :
<input type="checkbox"/> Alcoolémie	<input type="checkbox"/> Glucose oculaire	<input type="checkbox"/> Carboxyhémoglobine (CO)
<input type="checkbox"/> Autres : Préciser :		

J'autorise expressément la personne procédant à l'examen externe et/ou le pathologiste à demander toutes les expertises toxicologiques additionnelles requises afin de clarifier les causes probables et les circonstances du décès.

9. ordonne une autopsie
Lieu de l'autopsie :
 LSJML Centre hospitalier
Préciser :

10. ordonne une autopsie virtuelle
Lieu de l'autopsie :
 LSJML Centre hospitalier
Préciser :

11. **Motifs et renseignements pertinents :**

12. Coroner	Nom et prénom [REDACTED]	Signature [REDACTED]	Date	Année	Mois	Jour

Téléphone [REDACTED]	Télécopieur [REDACTED]
-------------------------	---------------------------