

DESTINATION (B) (au besoin, si plus d'un arrêt dans le même transport)

Heure d'arrivée sur les lieux		Heure de départ des lieux		Temps d'attente			Km parcouru		
Destination du corps	<input type="checkbox"/> Centre hospitalier _____ Nom _____ <input type="checkbox"/> Morgue Qc <input type="checkbox"/> Morgue Mtl <input type="checkbox"/> Installations du transporteur <input type="checkbox"/> Autre spécifiez : _____								
(Témoin) Réception du corps par :	_____		Date _____		Heure _____			Nom / Signature	
(Témoin) Remise du corps par :	_____		Date _____		Heure _____			Signature Nom / Signature	

RETOUR AUX INSTALLATIONS DU TRANSPORTEUR

Heure d'arrivée sur les lieux		Km parcouru	
-------------------------------	--	-------------	--

AUTRES

Visite _____ Date _____ _____
 Nom / Signature Policier _____ Nom / Signature Coroner _____

Assistance _____ Date _____ _____
 Nom du préposé _____ heure début _____ heure fin _____

Garde du corps du : _____ Date / Heure _____ au : _____ Date / Heure _____

Corps additionnel : #dossier _____ nom de la personne décédée _____
 prénom de la personne décédée _____

Nettoyage : oui justifiez : _____

Remplacement de **sac à cadavre** : oui justifiez : _____

Préposé au transport (si besoin de personnel supplémentaire) : nom : _____ prénom _____
 nom: _____ prénom _____
 justifiez: _____

Commentaires :