



ATTENZIONE:
Non piegare il modello durante la compilazione (carta copiativa)
Scrivere in stampatello

SCHEDA DI MORTE NEL 1° ANNO DI VITA

COPIA PER L'ISTAT

PARTE A - A CURA DEL MEDICO (per una corretta compilazione leggere le istruzioni sul retro)

MASCHIO FEMMINA Cognome e nome della persona defunta _____

Età compiuta _____ espressa in 1 ore 2 giorni 3 mesi

1. Luogo del decesso

Territorio in cui è avvenuto il decesso

Abitazione1 Comune _____

Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2 Provincia _____

Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 Codice ASL di decesso _____

Altro (specificare) _____ 9

2. Risccontro diagnostico

È stato richiesto? 1 SI 2 NO

Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.)

I-XIX				
XX				

3. Informazioni rilevanti

Peso alla nascita grammi Età gestazionale alla nascita n. settimane Parità (vedi note sul retro) Età della madre anni

4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte. In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante - in caso di traumatismo/avvelenamento compilare anche i quesiti da 5 a 9

Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o trauma che ha dato inizio alla sequenza.

Se la causa iniziale risiede in una condizione materna, indicare quest'ultima

1 _____ mesi o giorni o ore

2 _____ mesi o giorni o ore

3 _____ mesi o giorni o ore

4 _____ mesi o giorni o ore

Eventuali condizioni o complicazioni che fanno parte della sequenza.

4. Parte II Altri stati morbosi rilevanti: indicare altre condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o traumatismi/avvelenamenti che non fanno parte della sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso

_____ mesi o giorni o ore

_____ mesi o giorni o ore

_____ mesi o giorni o ore

Quesiti da 5 a 9 - Compilare se nel quesito 4. Parte I è stato riportato un Traumatismo/Avvelenamento (anche con informazioni riferite)

5. Circostanza che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato in 4. Parte I (es. soffocamento da corpo estraneo, caduta da gradino, contatto con filo percorso da corrente elettrica, ecc.) Specificare inoltre se causato da eventi catastrofici (terremoti, alluvioni, frane, incendi boschivi, valanghe, ondate di calore, crolli, distruzioni, ...)

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento

Accidentale (include incidenti da trasporto).....1 Omicidio.....3

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche

7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi")

7.2 Ruolo della vittima

Pedone (in passeggino, in braccio, ecc.)1 Passeggero.....3

7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.)

7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, ecc.) In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore ecc.)

8. Data dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento

_____ Orario _____ giorno _____ mese _____ anno

9. Luogo dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento

Casa1

Istituzione collettiva2

Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione3

Luogo dedicato ad attività sportive4

Strade e vie5

Luogo di commercio e servizio6

Area industriale e di costruzione7

Azienda agricola8

Altri luoghi (specificare) _____ 9

PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)

MASCHIO FEMMINA

CODICE FISCALE dell/la defunto/a _____

CODICE FISCALE del padre _____

CODICE FISCALE della madre _____

Atto di morte

Numero _____

Parte 1 I 2 II

Serie 1 B 2 C

Solo per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni

Ufficio di stato civile _____

Circoscrizione _____

DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA

Comune _____

Provincia _____

1. Data di morte _____ 20 | 2 | _____

Ora Minuti Giorno Mese Anno

2. Data di nascita _____

Ora Minuti Giorno Mese Anno

3. Località di nascita

Stesso comune di morte 1

Altro Comune 2

(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____

Stato Estero 3

(specificare stato estero) _____

4. Età compiuta

Fino a 23 ore compiute indicare il n. di ore1

Da 24 ore fino a 29 gg. compiuti indicare il n. di gg.2

Da 30 gg. compiuti fino ad 1 anno indicare il n. dei mesi.. 3

5. Genere del parto

Parto semplice..... 1 Parto plurimo... 2

6. Filiazione

Legittima..... 1

Naturale riconosciuta solo dalla madre..... 2

Solo dal padre..... 3

Da entrambi i genitori..... 4

Naturale non riconosciuta e di filiazione ignota..... 5

7. Data di nascita della madre _____

Giorno Mese Anno

8. Residenza della madre

Stesso comune di morte 1

Altro Comune 2

(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____

Stato Estero 3

(specificare stato estero) _____

9. Grado di istruzione dei genitori

	Padre	Madre
Laurea.....1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma universitario o laurea breve.....2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma di scuola media superiore.....3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenza di scuola media inferiore.....4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenza elementare o nessun titolo.....5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Professione

Del padre _____

Della madre _____

11. Condizione professionale o non professionale dei genitori

	Padre	Madre
Occupato/a.....1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disoccupato/a.....2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In cerca di prima occupazione.....3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritirato/a dal lavoro.....4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casalino/a.....5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studente.....6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inabile al lavoro.....7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile).....8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Posizione nella professione dei genitori

Da compilare solo se al quesito 11 è indicato 1 o 2

	Padre	Madre
Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e		
Imprenditore o libero professionista.....1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavoratore in proprio o coadiuvante.....2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro.....3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per lavoratori/lavoratrici dipendenti		
Dirigente o direttivo.....4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impiegato/a o intermedio.....5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operaio/a o assimilato.....6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.).....7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ramo di attività economica dei genitori

Da compilare solo se al quesito 11 è indicato 1 o 2

	Padre	Madre
Agricoltura, caccia e pesca.....1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industria.....2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commercio, pubblici servizi, alberghi.....3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubblica amministrazione e servizi pubblici.....4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri servizi privati.....5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Cittadinanza dei genitori

	Padre	Madre
Italiana		
Per nascita.....1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acquisita.....2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straniera.....3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(specificare stato estero padre) _____		
(specificare stato estero madre) _____		
Non conosciuta.....9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello)

MMG o PLS.....1

Necroscopo.....2

Medico ospedaliero.....3

Medico legale 4

Altro medico 5

Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL)

Tel. _____

Data _____ Firma _____

Timbro

Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile

Tel. _____

E-mail _____

(Timbrare anche la copia per la ASL)



ATTENZIONE:

Non piegare il modello durante la compilazione (carta copiativa)
Scrivere in stampatello

Istat

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE NEL 1° ANNO DI VITA

ISTAT MODELLO D4bis - Ediz. 2021

COPIA PER L'ASL

Main form area containing sections A (Medical Care) and B (Civil Status). Includes fields for personal data, cause of death, date of death, and parental information.

Descrizione dell'evento che ha provocato il traumatismo/avvelenamento

Sub-form area for questions 5-9, detailing the circumstances of death, mode of trauma, and location of the event.

Bottom section for medical certification, including MMG/PLS, necropsy, and medical signatures.

Signature and stamp area for the Civil Status Officer, including fields for name, phone, and email.

